

**MEDIZINISCHES AUS AMERIKA , AFRIKA UND ASIEN -
DARGESTELLT IN MEDIZINISCHEN ZEITSCHRIFTEN
DER JAHRE 1919 bis 1933**

HELGA SCHUH

1986



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554822_0096

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Universität München

Vorstand: Prof.Dr.Dr.h.c. H. Goerke

Medizinisches aus Amerika, Afrika und Asien -
Dargestellt in medizinischen Zeitschriften
der Jahre 1919 bis 1933

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Helga Schuh
aus
Aachen
1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof.Dr.med.Dr.h.c.mult. Heinz Goerke

Mitberichterstatter: Prof.Dr.med. G. Ruckdeschel

Dekan: Prof.Dr.med.Dr.h.c. Wolfgang Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 22.Januar 1987

Meiner Mutter,
meinem verstorbenen Vater
und Dr. Reinhard Pförtner

Mein großer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Heinz Goerke für die Überlassung des Themas und die hilf-
reiche Betreuung bei der Anfertigung der Dissertation.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	9
2.	MEDIZINISCHES AUS AMERIKA	11
2.1.	KANADA	11
2.1.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	11
2.1.2.	Das Medizinstudium	12
2.1.3.	Verschiedenes	13
2.1.3.1.	Der 98. Kongreß der British Medical Association	13
2.2.	VEREINIGTE STAATEN VON NORDAMERIKA	14
2.2.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	14
2.2.2.	Das Medizinstudium	21
2.2.3.	Die ärztliche Fortbildung	31
2.2.4.	Das Krankenhauswesen	35
2.2.5.	Verschiedene Krankheiten	42
2.2.5.1.	Diphtherie	42
2.2.5.2.	Syphilis	44
2.2.5.3.	Tuberkulose	45
2.2.5.4.	Krebs	48
2.2.5.5.	Lepra	52
2.2.5.6.	Malaria	55
2.2.6.	Verschiedenes	58
2.2.6.1.	Die Entwicklung des Arztberufes	58
2.2.6.2.	Einkommen der Ärzte	59
2.2.6.3.	Todesursachen von Ärzten	59
2.2.6.4.	Kurpfuscher und Quacksalber	62
2.2.6.5.	Die Rockefeller-Foundation	64
2.2.6.6.	Die Prohibition	65
2.3.	MEXIKO	73
2.3.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	73
2.3.2.	Verschiedene Krankheiten	75

2.3.2.1.	Fleckfieber	75
2.3.2.2.	Pocken	75
2.3.2.3.	Gelbfieber	76
2.3.2.4.	Pest	76
2.3.2.5.	Onchocerca caecutiens (sog. Erblindungskrankheit)	76
2.3.3.	Verschiedenes	77
2.3.3.1.	Behring-Feier	77
2.4.	KOLUMBIEN	78
2.4.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	78
2.4.2.	Verschiedene Krankheiten	78
2.5.	VENEZUELA	79
2.5.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	79
2.6.	PERU	79
2.6.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	79
2.7.	BRASILILIEN	80
2.7.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	80
2.7.2.	Verschiedene Krankheiten	81
2.7.2.1.	Ankylostomiasis	81
2.7.2.2.	Malaria	81
2.7.2.3.	Pocken	81
2.7.2.4.	Chagassche Krankheit	82
2.7.2.5.	Typhus	82
2.7.2.6.	Tuberkulose	82
2.7.2.7.	Syphilis	82
2.7.2.8.	Lepra	84
2.7.2.9.	Gelbfieber	84
2.8.	BOLIVIEN	87
2.8.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	87
2.8.2.	Verschiedene Krankheiten	88
2.8.2.1.	Tuberkulose	88
2.8.2.2.	Malaria	88

2.8.2.3.	Typhus und Fleckfieber	88
2.8.3.	Verschiedenes	88
2.8.3.1	Sociedad Medica	88
2.9.	PARAGUAY	89
2.9.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	89
2.9.2.	Verschiedene Krankheiten	89
2.10.	URUGUAY	90
2.10.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	90
2.11.	ARGENTINIEN	90
2.11.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	90
2.11.2.	Das Medizinstudium	95
2.11.3.	Das Krankenhauswesen	97
2.11.4.	Verschiedene Krankheiten	98
2.11.4.1.	Malaria	98
2.11.4.2.	Tuberkulose	99
2.12.	CHILE	100
2.12.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	100
2.12.2.	Verschiedene Krankheiten	101
2.12.3.	Verschiedenes	101
2.12.3.1.	Die Universität in Concepción	101
3.	MEDIZINISCHES AUS AFRIKA	102
3.1.	ÄGYPTEN	102
3.1.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	102
3.1.2.	Das Medizinstudium	106
3.1.3.	Verschiedene Krankheiten	109
3.1.3.1.	Ankylostomiasis und Bilharziose	109
3.1.3.2.	Trachom	110
3.1.3.3.	Krebs	111
3.1.3.4.	Tuberkulose	112

3.1.3.5.	Lepra	112
3.1.3.6.	Malaria	113
3.1.3.7.	Pocken	113
3.1.3.8.	Pest	113
3.1.4.	Verschiedenes	113
3.1.4.1.	Ärztevereine	113
3.1.4.2.	Die Entwicklung der Bakteriologie	115
3.1.4.3.	Methoden der Eingeborenenmedizin	116
3.1.4.4.	Mädchenbeschneidung	117
3.2.	SÜDWESTAFRIKA	118
3.2.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	118
3.2.2.	Verschiedenes	118
3.2.2.1.	Die Einstellung der Eingeborenen zu Krankheit und Tod	118
4.	MEDIZINISCHES AUS ASIEN	121
4.1.	PALÄSTINA	121
4.1.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	121
4.1.2.	Das Krankenhauswesen	121
4.1.3.	Verschiedene Krankheiten	121
4.1.3.1.	Schilddrüsenerkrankungen	121
4.1.3.2.	Magen- und Duodenalulcus	122
4.1.3.3.	Appendicitis	122
4.1.3.4.	Leber- und Gallenwegserkrankungen	123
4.1.3.5.	Nieren- und Blasensteine	123
4.1.3.6.	Malaria	123
4.1.3.7.	Lepra	124
4.1.3.8.	Tuberkulose	124
4.1.3.9.	Krebs	124
4.1.3.10.	Gynäkologische Erkrankungen	124
4.1.4.	Verschiedenes	125
4.1.4.1.	Das Deutsche Diakonissen-Hospital	125
4.1.4.2.	Klima und ärztliches Handeln	125
4.1.4.3.	Aberglaube und Kurpfuscherei	126

4.2.	SYRIEN UND GROSS-LIBANON	127
4.2.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	127
4.2.2.	Verschiedene Krankheiten	127
4.2.2.1.	Typhus und Paratyphus	127
4.2.2.2.	Fleckfieber	127
4.2.2.3.	Ruhr	128
4.2.2.4.	Malaria	128
4.2.2.5.	Aleppobeule	128
4.2.2.6.	Dengue und Papataccifieber	128
4.2.2.7.	Pest	128
4.2.2.8.	Scharlach	128
4.2.2.9.	Syphilis	129
4.2.2.10.	Krebs	129
4.2.2.11.	Kropf	129
4.2.2.12.	Echinokokkose	129
4.2.2.13.	Wurmkrankheiten	130
4.3.	PERSIEN	130
4.3.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	130
4.4.	AFGHANISTAN	131
4.4.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	131
4.4.2.	Das Medizinstudium	132
4.4.3.	Verschiedene Krankheiten	132
4.5.	INDIEN	133
4.5.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	133
4.5.2.	Das Medizinstudium	133
4.5.3.	Verschiedenes	133
4.5.3.1.	Das Jamsetjee-Jejeebhoy-Hospital in Bombay	133
4.5.3.2.	Die Stellung der deutschen Medizin	134
4.6.	CHINA	134
4.6.1.	Auswanderung deutscher Ärzte	134
4.6.2.	Das Medizinstudium	135
4.6.3.	Verschiedene Krankheiten	137

4.6.3.1.	Lepra	137
4.6.3.2.	Pocken	137
4.6.3.3.	Tuberkulose	137
4.6.3.4.	Syphilis	137
4.6.3.5.	Krebs	138
4.6.3.6.	Blasensteine	138
4.6.3.7.	Wurmerkrankungen	138
	a) Askariden	138
	b) Ankylostomiasis	139
	c) Schistomiasis	139
4.6.3.8.	Kala Azar	139
4.6.3.9.	Kropf	139
4.6.3.10.	Trachom	139
4.6.4.	Verschiedenes	140
4.6.4.1.	Die alte chinesische Medizin	140
4.6.4.2.	Ärztevereine	141
4.6.4.3.	Opiummißbrauch	142
4.6.4.4.	Die Deutsche Medizinschule in Shanghai	146
4.7.	JAPAN	148
4.7.1.	Verschiedenes	148
4.7.1.1.	Die Stellung der deutschen Medizin	148
4.7.1.2.	Robert-Koch-Feier	149
4.7.1.3.	Frambösiebekämpfung	149
4.8.	PHILIPPINEN	150
4.8.1.	Verschiedenes	150
4.8.1.1.	Die Leprakolonie auf Culion	150
5.	ZUSAMMENFASSUNG	155
6.	LITERATURANGABEN	159
7.	LEBENS LAUF	166

1. EINLEITUNG

Überall, wo Menschen leben, gibt es Krankheiten und somit "Medizin" in unterschiedlichster und doch zusammengehörender Form.

"Medizin" bedeutet hier z.B. wissenschaftliche Forschung mit ihren praktischen Auswirkungen auf die Gestaltung des Studiums, den Bau und die Ausgestaltung medizinischer Einrichtungen wie Krankenhäuser und Labors, prophylaktische und therapeutische Maßnahmen bei der Bekämpfung von Krankheiten und dem Umgang spezieller Schwierigkeiten eines Landes, wenn Aberglaube und Religion Einfluß auf die Medizin nehmen. Mensch und Medizin im weitesten Sinne sind demzufolge eng miteinander verknüpft, d.h. die Entwicklung des Menschen, sein Lebensraum, seine Kultur und seine Medizin spiegeln sich im Stand seiner Medizin wider.

Daraus resultieren wiederum entweder spezifische Probleme eines Landes oder gleiche Probleme in verschiedenen Ländern, die geographisch durchaus weit auseinanderliegen können, aber gleiche Voraussetzungen für ein und dieselben Aufgaben der Medizin aufweisen.

Von alters her sind nicht alle Menschen an ihrem angestammten Platz geblieben; viele haben für immer oder nur zeitweise ihre Heimat verlassen und haben ihr Können und ihre Erfahrungen an Menschen fremder Länder weitergegeben oder mit ihnen ausgetauscht.

In manchen Fällen brachten die Fremden allerdings nicht nur Fortschritte in ein Land, sondern den Einheimischen bisher Unbekanntes, aus dem neue Schwierigkeiten erwuchsen.

In Abhängigkeit von den jeweils zu bewältigenden Aufgaben, dem Entwicklungsstand und den finanziellen Möglichkeiten

eines Landes gestaltet sich die Arbeit auf dem medizinischen Sektor mehr oder minder erfolgreich.

In Briefen und Berichten an die Deutsche Medizinische Wochenschrift und die Münchener Medizinische Wochenschrift schrieben deutsche, deutschstämmige und ausländische Ärzte aus dem außereuropäischen Ausland über jeweils aktuelle medizinische Themen.

Es handelt sich dabei nicht immer um umfassende und erschöpfende Abhandlungen eines Themas und schließt nicht aus, daß das beschriebene Thema nicht auch in ungenannten Ländern existiert.

Welche Bereiche der Medizin von Interesse waren und Anlaß zum Berichten gaben, wurde in diesen beiden Zeitschriften der Jahre 1919 bis 1933 untersucht.

2. MEDIZINISCHES AUS AMERIKA

2.1. KANADA

2.1.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Als Einwanderer erwünscht sind Dienstboten und Arbeiter für die Landwirtschaft. Ärzte können nur mit einer speziellen Erlaubnis der Zentralregierung in Ottawa nach Kanada einwandern.

Die einheimischen Ärztevereine sprechen sich für ein Einwanderungsverbot ausländischer Ärzte aus - ausgenommen sind die englischen - und sind bemüht, dieses Verbot auch zu realisieren.

Selbst wenn die Einwanderungserlaubnis erteilt worden ist, bereitet es noch große Schwierigkeiten, die Zulassung zu dem Examen zu bekommen, das zur praktischen Ausübung des Arztberufes berechtigt.

Um arbeiten zu können, muß der Arzt zusätzlich zu den Examina der Universitäten weitere Prüfungen bestehen, die von den Ärztevereinen durchgeführt und entweder von den verschiedenen Provinzen oder von dem sogenannten Dominion Council abgehalten werden. In den Provinzen beträgt die Examensgebühr 50 Dollar, die Prüfungen sind nur schriftlich und dauern ein bis zwei Tage. Von dem Dominion Council wird eine Gebühr von 100 Dollar erhoben, die Kandidaten werden ca. acht Tage lang schriftlich, mündlich und klinisch geprüft.

Dieses Examen wird zweimal jährlich in verschiedenen kanadischen Städten in englischer oder einmal jährlich in Montreal in französischer Sprache abgehalten.

Zu diesem Examen werden ohne Schwierigkeiten die Ärzte zugelassen, die an bestimmten, in einer Liste aufgeführten

kanadischen oder englischen Universitäten studiert haben. Die Heidelberger Universität als einzige anerkannte deutsche Hochschule bietet ebenfalls die Voraussetzung zur Zulassung zum kanadischen Examen.

Für den deutschen Arzt ist der Westen Kanadas zur Niederlassung besser geeignet als der Osten, denn im Westen gibt es deutsche Kolonien, in denen eine begrenzte Anzahl von Ärzten noch Arbeit finden kann. Der Osten dagegen ist bereits von Ärzten überlaufen, und in den exklusiven englischen Bezirken ist es für einen deutschen Arzt so gut wie unmöglich, Fuß zu fassen.

Der auswanderungswillige Arzt muß sich darüber im Klaren sein, daß er, wenn er sich niederlassen darf, primitivste Lebensverhältnisse, ein ungewohntes Klima und große Schwierigkeiten beim Begleichen seines Honorars vorfindet.

Der Arzt wird in erster Linie nach seinen chirurgischen Leistungen beurteilt. Deshalb sollte er neben der allgemeinen Medizin und der Geburtshilfe zumindest die kleine Chirurgie beherrschen (1).

2.1.2. Das Medizinstudium

J. P. zum Busch berichtet über den starken Andrang der Studenten an der Universität in Toronto.

Im Jahre 1918 gab es 656 Medizinstudenten, im Wintersemester 1921/22 schon 1106.

Wegen Überfüllung der Hörsäle und Sektionstische beschränkte die Universität die Zahl der neu aufgenommenen Studenten in diesem Wintersemester auf 110.

Vorrangig wurden Kriegsteilnehmer und Studenten mit den besten Zeugnissen über ihre Vorbildung zum Studium zugelassen.

"... und es scheint dieser Numerus clausus ein recht nachahmenswerter Vorgang zu sein; denn was soll man mit all den Studenten, die man weder sorgfältig ausbilden noch später befriedigend unterbringen kann?" (2)

2.1.3. Verschiedenes

2.1.3.1. Der 98. Kongreß der British Medical Association

Vom 26. bis 29.8.1930 fand in Winnipeg, Manitoba, der 98. Kongreß der British Medical Association statt. Aus England nahmen über 400 Ärzte, aus den Vereinigten Staaten mehrere Hundert und aus den Dominions weit über 1000 Ärzte teil; alle kamen in der vorgeschriebenen Tracht.

Die Vorträge und Demonstrationen waren in sogenannte Sektionen gegliedert, z.B. Innere Medizin (Vorsitzender Lord Dawson of Penn, Hofarzt S.M. des Königs), Chirurgie (Lord Moynihan of Leeds, Vorsitzender des Royal College of Surgeons of England), Gynäkologie und Geburtshilfe, Bakteriologie u.v.m.

Gesellschaftliche Veranstaltungen wie Banketts, Gesellschaftsreisen, Gartenfeste mit Tanz, ein Eishockeyabend mit den besten kanadischen Eishockeyspielern und ein indianisches Paw waw, zu dem eigens ein Cree-Indianerstamm nach Winnipeg gebracht worden war, trugen viel zu den Erlebnissen dieses Kongresses bei (3).

2.2. VEREINIGTE STAATEN VON NORDAMERIKA

2.2.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Das Ansehen der deutschen Ärzte und der deutschen Wissenschaft war nach dem 1. Weltkrieg nicht nur auf dem Nullpunkt angelangt, es herrschte sogar offene Feindseligkeit in der amerikanischen Ärzteschaft gegen die deutschen Kollegen.

So sagte Arthur Dean Beaven, Präsident der American Medical Association in seiner Eröffnungsrede auf der Jahreshauptversammlung sinngemäß: "Ich glaube, wir sind es unseren Kollegen schuldig, daß wir ihnen die Gefühle und die Stellung der amerikanischen Kollegen darstellen. Wir können ihnen niemals wieder als Kollegen unsere Hand reichen, bevor nicht das deutsche Volk sich von seiner Herrschaft befreit und die brutale, autokratische, barbarische Regierung bestraft hat, die für diesen Krieg verantwortlich ist ... Auch sollte es jeder wissen, daß es sich hier nicht um eine Feindschaft für einige Tage handelt, es handelt sich um eine Feindschaft, die dauern wird und für Deutschland einen vollständigen Abbruch der sozialen, kommerziellen und aller anderen Verbindungen mit uns und unseren Verbündeten bedeutet, bis Deutschland sich von seiner Schuld gereinigt hat und gedemütigt um einen Platz unter den Nationen, die sich selbst regieren, bitten wird. Die amerikanischen Ärzte senden diese Botschaft an ihre deutschen Kollegen" (4).

Diese Haltung der amerikanischen Ärzte bedeutete starken Widerstand gegen die Einwanderung deutscher Ärzte.

Sie hatte sich durch den Eintritt Amerikas in den Krieg im ganzen Land entwickelt, gleichzeitig waren Sinn und Aufgabe der "Fraternitas medicorum" gegenstandslos geworden. Die "Fraternitas medicorum" - eine internationale Ärztebewegung - wurde 1915 vor der Kriegsteilnahme Amerikas

auf Initiative Prof. Meltzers vom Rockefeller-Institut und anderer amerikanischer Ärzte ins Leben gerufen mit dem Zweck "zu verhindern, daß dieser unselige Krieg zu einer dauernden, sinnlosen Feindschaft zwischen den kriegführenden Völkern führe, und darauf hinzuarbeiten, daß nach Schluß des Krieges möglichst bald wieder ein internationales Zusammenarbeiten und eine Verständigung zustande käme. Vor allem sollte die 'Fraternitas medicorum' sofort die törichten feindseligen Angriffe der Ärzte eines Landes auf die eines anderen zu verhindern suchen, auf Grund ihrer ganzen Stellung und Arbeit im Sinne der Menschlichkeit" (5).

Monate später warnt einer der angesehensten amerikanischen Ärzte aus dem Osten alle seine jungen Kollegen davor, ihre Ausbildung in Deutschland zu vervollkommen.

Ein anderer geschätzter Arzt verkündet seine Einstellung zum Deutschtum in einer Versammlung mit den Worten: "Wir sind zwei Jahre ohne deutsche medizinische Zeitschriften ausgekommen, wir haben, hoffentlich alle, unsere deutschen Bücher verbrannt, und wir sind ebenso gut, ja besser fertig geworden als vorher. Wir wollen auch weiterhin nichts von den Hunnen wissen. Los von Deutschland!" (6)

Als die angesehene und weit verbreitete Zeitschrift "The Journal of the American Medical Association" kurz nach dem Waffenstillstand begann, Berichte aus deutschen medizinischen Zeitungen zu drucken, mußte sie diese Veröffentlichungen sehr schnell aufgrund heftiger Leserproteste wieder einstellen.

Im Westen des Landes, besonders in St. Louis, wo zahlreiche deutsche Ärzte praktizierten und die deutsche Bevölkerung weit verbreitet war, herrschte keine ganz so gehässige Stimmung. Die deutschen Ärzte blieben von persönlichen Angriffen und Kränkungen verschont. Die Auswirkungen der

Antipathie gegen die Deutschen zeigte sich hier im Ausschluß aller "deutschländischen" Ehrenmitglieder der "St. Louis Medical Society". Ein lange Jahre ansässiger deutscher Arzt wurde aus der ärztlichen Gesellschaft ausgestoßen, weil er kein Bürger des Landes geworden war.

Fast kein Widerspruch erhob sich gegen den Beschluß der "St. Louis Medical Society", nach dem Waffenstillstand wieder zahlreiche deutsche medizinische Zeitschriften für die Bibliothek zu bestellen. Sie kamen allerdings in unregelmäßigen Abständen und oft erst Monate nach ihrem Erscheinen in Amerika an (7).

Ende Oktober 1920 gibt E. Simon aus St. Louis aufgrund vieler Anfragen deutscher Ärzte über Auswanderungsmöglichkeiten nach den Vereinigten Staaten hierzu einige Informationen. Zu diesem Zeitpunkt ist eine Auswanderung allerdings noch unmöglich, weil noch kein Frieden zwischen den beiden Staaten geschlossen worden ist.

Es wird empfohlen, die englische Sprache zu beherrschen, nicht allein wegen der Prüfung, die in der Landessprache abzulegen ist.

Außerdem solle der zukünftige Auswanderer genügend Bargeld mitbringen, um solange leben zu können, bis er nach abgelegtem Examen eine Arbeit gefunden hat.

Von Vorteil ist es ohne Zweifel zu wissen, in welchem Staat die Niederlassung erfolgen soll, denn das Examen wird in den meisten Fällen nur in dem betreffenden Staat anerkannt, in dem es abgelegt wurde. Nur wenige Bundesstaaten erkennen ihre Prüfungen gegenseitig an.

Das Examen kostet meist 25 Dollar Gebühren und kann im Frühjahr und im Herbst abgelegt werden.

Von der Niederlassung in Großstädten wird wegen der starken Konkurrenz der Ärzte untereinander und dem teuren Lebensunterhalt abgeraten. Verhältnismäßig günstige Bedingungen bieten die Staaten des mittleren Westens dem Einwanderer, wenn er bereit ist, auf Bequemlichkeiten und "feinere Genüsse des Lebens" zu verzichten (8).

Auswanderungswillige deutsche Ärzte fragen immer wieder an, ob eine Assistenzarztstelle in einer Klinik zu bekommen ist. Für einen Deutschen ist das nach Auskunft von E. Simon ganz unmöglich. Diese Stellen werden nach einer besonderen Prüfung nur an junge Ärzte vergeben, die in Amerika studiert haben.

Zudem sind diese Assistenzarztstellen meist unbezahlt (9).

Drei Jahre später berichtet ein deutschamerikanischer Arzt aus Cleveland über bessere Aussichten für Einwanderer nach Amerika.

Er bekommt ohne Schwierigkeiten das Einreisevisum, wenn er einen amerikanischen Bürgen und ein Startkapital von mindestens 200 Dollar vorweisen kann.

Eine Stelle in einem Krankenhaus zu finden ist nicht allzu schwierig, wenn der Neuankömmling nicht wählerisch ist und nimmt, was sich gerade bietet.

In ganz seltenen Ausnahmefällen, und wenn es sich um einen besonders tüchtigen und in Amerika gesuchten Pathologen, Bakteriologen oder Röntgenologen handelt, ist es möglich, schon von Deutschland aus eine Assistentenstelle in einem Hospital zu bekommen. Dabei werden sogar die Kosten für die Überfahrt von dem künftigen Arbeitgeber übernommen. Eine Stelle als Assistent in der Chirurgie zu finden, ist

für einen ausländischen Arzt geradezu unmöglich, weil hierfür genügend amerikanische Ärzte zur Verfügung stehen.

Dagegen werden in jeder Ausgabe des Journals der American Medical Association Assistentenstellen bei Kohlegrubenärzten in Pennsylvanien oder bei Augen- oder HNO-Spezialisten angeboten, die obendrein noch recht gut honoriert werden.

In den Hospitälern ist die Bezahlung meist umso schlechter, je besser die Ausbildung ist.

An einem erstklassigen Hospital z.B. bekommt der Assistent im ersten Jahr nur freie Station, im zweiten Jahr zusätzlich 25 bis 100 Dollar pro Monat.

Kleinere Krankenhäuser bieten ab sofort neben freier Station monatlich 25 bis 75 Dollar und in einigen Fällen auch Nebeneinnahmen, die bei Privatkliniken bis zu 1000 Dollar im Jahr betragen können (10).

Aus Erfahrungen eines in New York lebenden deutschamerikanischen Arztes werden die Bedingungen für auswanderungswillige Ärzte nicht so günstig geschildert. Eine der dünnbesetzten bezahlten Assistentenstellen an einem New Yorker Krankenhaus zu bekommen - ebenso wie in anderen Großstädten - gelingt demnach einem Arzt fast nur, wenn er gute Beziehungen oder persönliche Empfehlungen vorzuweisen hat, denn um eine Stelle bemühen sich fünf Bewerber. Außerdem vergeben die meisten Krankenhäuser ihre Stellen an die Besten eines "Auswahlexamens".

Wie schon oben bei E. Simon erwähnt, empfiehlt auch der hier ungenannte Schreiber dem deutschen Kollegen, die Landessprache zu beherrschen und genug Geld zu haben, um neun bis zwölf Monate ohne Einnahmen leben zu können.

Wichtig ist gleichfalls, eine solide allgemeine medizinische und im besonderen chirurgische Ausbildung und die Absicht zu haben, sich gleich nach dem amerikanischen Examen in einer Stadt mit 2000 bis 10000 Einwohnern als praktischer Arzt niederzulassen.

Der Staat New York ist inzwischen sogar dazu übergegangen, nur amerikanischen Bürgern die Niederlassung zu erlauben.

Als zweiter Staat versucht Michigan nach dem Beispiel New Yorks die drohende Überflutung des Landes mit ausländischen Ärzten in den Griff zu bekommen (11).

Bisher wurden Bedingungen, Schwierigkeiten sowie Möglichkeiten einer Auswanderung und Niederlassung nach bzw. in Amerika für einen deutschen Arzt nur aus der Sicht einiger deutschamerikanischer Ärzte dargestellt. Im Jahre 1925 äußert sich ein offizielles Organ, das Journal der American Medical Association in einem Leitartikel zu diesem Problem. Unter anderem heißt es: "Die Vereinigten Staaten waren immer sehr liberal in der Zulassung von Ärzten aus anderen Ländern. Die Bestimmungen darüber waren niemals so streng wie in Europa, wo es in den meisten Ländern für einen amerikanischen Arzt geradezu unmöglich war, zur Praxis zugelassen zu werden. Vor fünfundzwanzig oder dreißig Jahren war diese Strenge berechtigt, weil damals das medizinische Studium hierzulande noch nicht so weit fortgeschritten war wie heute; außerdem war die ausgezeichnete Gelegenheit, die verschiedene europäische Universitäten zur medizinischen Ausbildung darboten, ein weiterer Grund, fremde Ärzte, die sich hier niederlassen wollten, willkommen zu heißen ...

Im Jahre 1919 beantragten nur 61 Ärzte ihre Zulassung, im Jahre 1923 dagegen schon 371, und Berichte, die seitdem einlaufen, lassen ein lawinenartiges Anschwellen dieser Zahlen befürchten ...

Darunter befinden sich nicht wenig unerwünschte Elemente, nicht nur, was ihre Kenntnisse anbelangt, sondern auch in moralischer Beziehung. Bisher sind die Gesetze für ausländische Ärzte in liberalerer Weise gehandhabt worden, als für die, die unsere eigenen Schulen durchgemacht haben ...

... die Anforderungen an Ausländer sollten in jeder Hinsicht die gleichen sein wie bei hier Geborenen, und was am Wichtigsten ist, die Identität und Vergangenheit der Applikanten sollten über jeden Zweifel festgestellt werden ...

Einige Staaten, wie New York, Louisiana, Florida, Illinois und Indiana verlangen jetzt schon, daß nur Bürger der Vereinigten Staaten zur Praxis zugelassen werden, und in einigen anderen Staaten sind gleiche Vorlagen in Erwägung ...

Auf jeden Fall sollte jeder, der hier Praxis ausüben will, wenigstens seine Absicht aussprechen, Bürger zu werden" (12).

Dieser Artikel des "J.A.M.A." blieb von vielen Lesern nicht unwidersprochen.

Das häufigste Argument, doch zu bedenken, wieviele Fortschritte die amerikanische Medizin eingewanderten Ärzten zu verdanken habe, wird wohl kaum Einfluß auf die Auswanderungsmöglichkeiten nehmen.

Die von der American Medical Association geforderten Verschärfungen im Examen und bei der Niederlassung für ausländische Ärzte zeigten schon im folgenden Jahr erste Auswirkungen.

So wurden 1926 mehr als zweihundert Kandidaten weniger geprüft als im Jahre 1925. Es unterzogen sich 635 Einwanderer der Prüfung, bei der 152 = 23,9 % durchfielen.

Demgegenüber fielen von 3186 amerikanischen Prüflingen nur 82 = 2,6 % durch.

Das Praktizieren wird für Ausländer in elf Staaten (Arizona, Arkansas, Florida, Illinois, Indiana, Kansas, Kentucky, Mississippi, South Dakota, Tennessee und Wyoming) erschwert, weil die Ärzte das amerikanische Bürgerrecht besitzen müssen; in Idaho, Minnesota, Nebraska, New Jersey und Ohio reicht das Versprechen, so bald als möglich das Bürgerrecht zu erwerben.

Auch für New York soll, wie hier berichtet, dieses Versprechen ausreichend sein. Im Gegensatz dazu wurde im Jahr 1924 geschrieben, New York würde nur amerikanischen Bürgern die Erlaubnis zur Niederlassung erteilen.

In zehn anderen Staaten (Alabama, Delaware, Louisiana, Maryland, New Hampshire, North Dakota, Oregon, Texas und Virginia) muß der ausländische Arzt das sog. "First naturalization paper" vorweisen können, bevor er sich niederlassen darf.

Michigan verlangt als einziger Staat - von einigen Ausnahmen abgesehen - vor der Zulassung zur Prüfung den erfolgreichen Besuch einer einjährigen amerikanischen Ärzteschule (13).

2.2.2. Das Medizinstudium

Im Journal der American Medical Association von 1923, in Nr. 17, sind Berichte dreier Autoren über das Medizinstudium erschienen.

In einer historischen Betrachtung über die Entwicklung der Medizinschulen in den Vereinigten Staaten zeigt Witherspoon,

daß die ärztliche Ausbildung nicht vom Staat oder Einzelstaaten organisiert war, sondern von Ärzten, denen oft jede Vorbildung zum Lehren fehlte, an den Medizinschulen durchgeführt wurde.

Viele Ärzte, die keine Professorenstelle bekamen, gründeten solche Schulen. Als Folge dieser Umstände besaßen die Vereinigten Staaten bald mehr Medizinschulen als die gesamte übrige Welt.

Mit der Zeit gelangen der Wissenschaft immer größere Fortschritte, neue Institute mit kostspieligen Apparaten wurden benötigt, und der Staat begann, bei der ärztlichen Ausbildung mitzureden.

Für viele kleine Schulen war es unmöglich, mit dieser Entwicklung Schritt zu halten, sie gingen ein. In den letzten zwanzig Jahren erlitten mehr als die Hälfte der Medizinschulen dieses Schicksal.

Im Jahre 1906 gab es 162 Medizinschulen, im Jahre 1922 nur noch 81, so die genauen Zahlen aus dem Report des "Council on medical education and hospitals".

Witherspoon kritisierte an der derzeitigen Ausbildung, daß sie viel zu theoretisch und wissenschaftlich sei, wie die Versuche einiger Professoren, ihr Fachgebiet überzubewerten und somit dem Studium eine zu einseitige Betonung zu verschaffen.

Clarke sprach sich dafür aus, die theoretischen Vorlesungen ganz abzuschaffen und für das ganze Studium praktische Seminare einzurichten, in denen Professoren und Studenten den Lehrstoff besprechen. Zusätzlich sollten die Studenten die Möglichkeit erhalten, ständig praktisch tätig zu werden.

Bevan ermittelte durch eine ausgedehnte Umfrage, daß ca. 97 Prozent der Patienten durch praktische Ärzte und nur ca. 3 Prozent von Fachärzten behandelt werden müßten. Daraus resultierte seine Forderung, das Studium in zwei Richtungen zu gliedern: das "graduate" Studium bildet den späteren praktischen Arzt aus, das "postgraduate" Studium dient der Weiterbildung nach dem Examen und ermöglicht die Ausbildung zum Spezialisten.

Er schlug außerdem vor, vom Beginn des Studiums an den Studenten praktische Dinge in klinischen und Laboratoriumsvorlesungen nahe zu bringen. Auf diese Weise könnten verbreitete Erkrankungen wie z.B. Tuberkulose, Diabetes mellitus und andere, Probleme wie z.B. Knochenbruch- und Wundheilungsstörungen u.v.m. am Patienten demonstriert werden. So würde den Studenten von Anfang an die praktische Anwendung des Lehrstoffes vermittelt.

Rein theoretische Fächer wie Anatomie, Physiologie, Biochemie, Neurologie u.a. sollten erst in dem eigentlich klinischen Studienabschnitt Hand in Hand mit den dazu gehörenden Krankheitsbildern bzw. Patienten gelehrt werden (14).

Wie Witherspoon machte Billings schon im Jahre 1921 darauf aufmerksam, daß das Medizinstudium die menschlichen Fähigkeiten zu sehr außer acht lasse. Er vertrat die Meinung, "... daß das Gehirn, die Sinne und die Hände es uns ermöglichen, in vielen Fällen auch ohne Laboratorium und Röntgenzimmer eine richtige Diagnose zu stellen" (15).

Auch er forderte, das Studium so zu gestalten, daß die Studenten schon sehr früh mit den Kranken in Berührung kommen, weil die glänzendste Vorlesung nicht so lehrreich sei wie die Praxis.

Auch im Report des "Council on Medical Education and Hospitals" vom Jahre 1922 wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, das Studium praxisnah zu gestalten und auf unnötigen spezialisierenden und wissenschaftlichen Unterricht zu verzichten (16).

Das gleiche Problem kam Jahre später immer noch zur Sprache. L. R. Wilbur betonte im Jahre 1927 auf der Jahresversammlung des Kongresses für ärztliche Ausbildung abermals, wie wichtig es sei, daß der Student möglichst frühzeitig Kontakt mit den Patienten bekommt (17).

Ebenso schlugen Maes und Cushing die Verknüpfung von Theorie und Praxis, die Vorverlegung und Ausweitung der Demonstrationen am Krankenbett vor.

Die Probleme und Schwächen der derzeitigen Ausbildung schlagen sich in folgenden Worten nieder: "... und der junge Arzt verläßt die Schule vielfach mit der Überzeugung, daß wissenschaftliche Forschung und Laboratoriumsmethoden viel wichtiger sind als das Heilen der Kranken... Heute kennt der junge Arzt alle möglichen Laboratoriumsmethoden, aber der klinische Sinn ist vielfach sehr mangelhaft ausgebildet, er schickt seine Kranken zum Serologen, zum Röntgenologen usw. und richtet sich in seiner Diagnose ausschließlich nach deren Bericht ... Schmerzen in der Ileozökalgegend und ein hoher Leukozytenbefund genügen, um eine dringende Bauchoperation vorzunehmen ... Die Zurücksetzung der rein klinischen Beobachtung führt auch zu einer maßlosen Verteuerung der ärztlichen Behandlung" (18).

Trotz der vielen Stimmen, die immer wieder auf eine notwendige Reform der ärztlichen Ausbildung hinweisen, wird in allen amerikanischen Fachschriften und auf allen Fachkongressen mit Stolz auf die großen medizinischen Fortschritte in den letzten fünfzehn Jahren hingewiesen.

Diese Lob auf die vorwiegend wissenschaftliche Ausbildung bleibt nicht unwidersprochen.

Es ist vor allem Pusey, der wiederholt in Aufsätzen und Vorträgen auf ihre Nachteile verweist. Er hält den Ärztemangel auf dem Lande, einschließlich Kleinstädten bis 5000 Einwohner, und das Aussterben der Landärzte für eine gravierende Folge: "Einerseits ist das in das Studium gesteckte Kapital so hoch, daß es sich in der allgemeinen oder Landpraxis nicht mehr genügend verzinst, andererseits ist der junge Arzt durch die ihm in seinen Lebzeiten beigebrachten Methoden so verwöhnt, daß er nur noch in Anlehnung an große Kliniken und Laboratorien glaubt arbeiten zu können" (19). Pusey fordert, die zu lange und zu teure Ausbildung auf drei Jahre Studium zu verkürzen, aus dem bei einer erweiterten praktischen Ausbildung viel mehr praktische Ärzte und weniger Forscher hervorgehen sollten.

Von einer Medizinschule, dem College of Medical Evangelists of Loma Linda in Kalifornien, wird im Jahre 1925 berichtet, daß versuchsweise eine Änderung des Studiums durchgeführt wurde.

Die Anfangssemester sind in zwei Gruppen geteilt und bekommen jeweils einen Monat lang abwechselnd praktischen oder theoretischen Unterricht.

Für die praktischen Übungen stehen bestimmte Hospitäler, Laboratorien und Apotheken zur Verfügung, wo die Studenten u.a. lernen, selbst Arzneien herzustellen. Außerdem verdienen sie sich auf diese Weise einen Teil ihres Studiums (20).

Einige andere Universitäten sind im Laufe der Zeit vom Zweisemester-System (zwei Semester à vier Monate und vier Monate Ferien im Sommer) zum Vierteljahr-System (vier Quartale zu je zwölf Wochen und einem Monat Ferien im Sommer) überge-

gangen. Dadurch bleiben die kostspieligen medizinischen Unterrichtsanstalten nicht so lange ungenutzt, und das Studium wird auf drei Jahre verkürzt.

Für viele Studenten, die sich in den viermonatigen Sommerferien ihren Lebensunterhalt verdienen müssen, bedeutet das neue Studiensystem allerdings oft die Aufgabe ihres Studiums (21).

Wie schon mehrmals erwähnt, wird den Studenten ein hervorragender theoretischer Unterricht zuteil, während der klinische Teil der Ausbildung - soll er die gleiche Qualität erreichen - noch an der Zahl zu weniger Universitätskliniken und unter dem Mangel an Sektionsmaterial leidet.

Die Universität von Chicago wirkt diesen Mißständen entgegen, indem sie mehrere neue Kliniken errichtet. Zusätzlich steht neuerdings den Medizinern auch das gesamte Kranken- und Sektionsmaterial des 3000-Betten Cook County (Armen-) Hospitals unter Leitung des deutschen Pathologen Richard Jaffé zur Verfügung.

Außerdem versucht die Chicagoer Universität das Medizinstudium mit mehr akademischer Freiheit zu gestalten, bisher wurde fast ausnahmslos das Schulsystem mit Anwesenheitspflicht und Semesterprüfungen in allen Fächern praktiziert (22).

In der sich über Jahre erstreckenden Diskussion der Studienreform fehlt es auch nicht an Vorschlägen für eine Eignungsprüfung. Um die Eignung der Bewerber für den ärztlichen Beruf festzustellen, mußten sich im Jahr 1931 alle Schüler der prämedizinischen Schulen der Vereinigten Staaten zur selben Stunde einer Prüfung unterziehen. "Die Prüfungen waren für alle 547 Schulen dieselben; sie bestanden in:

1. wissenschaftlichem Vokabularium,
2. visuelles Gedächtnis für anatomische Zeichnungen,
3. Erinnerungsvermögen für beschreibendes Material,
4. prämedikale Kenntnisse,
5. Lernen und Behalten gewisser Gegenstände und
6. Verständnis schwieriger gedruckter Dinge" (23).

Alle sechs Punkte mußten in eineinhalb Stunden gelöst werden. Das Prüfungsergebnis wurde dem Kandidaten nicht mitgeteilt, aber: "Den ärztlichen Fachschulen wurden die Prüfungsergebnisse in zweifacher Weise zugänglich gemacht. Sie erhielten erstens eine Liste aller Geprüften und die Punktzahl, die sie erhalten hatten sowie ihren prozentualen Stand in der ganzen Gruppe; zweitens erhielten die Fachschulen eine genauere Beschreibung der Prüfungsergebnisse von allen denjenigen Geprüften, die sich bereits zur Aufnahme an einer bestimmten Fachschule gemeldet hatten" (24).

Es wurden insgesamt 9220 Medizinstudenten in spe geprüft, die erreichte Punktzahl schwankte zwischen 15 und 240.

Der Eignungstest sollte ungeeignete Bewerber vom Medizinstudium ausschließen und nur den besten einen Studienplatz vermitteln.

Die medizinische Abteilung der Yale-Universität nahm jährlich fünfzig Studenten neu auf. Aufnahmekriterien waren deren Schulzeugnisse, Persönlichkeit, Intelligenz und Leistungen auf geistigem und sportlichem Gebiet.

Der Student muß in zwei Jahren ausreichende und fundierte Kenntnisse in den Grundlagen der Biologie erworben haben, die von klinischen Lehrern der Yale-Universität überprüft werden.

Beherrscht der Student die biologischen Tatsachen und Methoden, kann er an dem klinischen Unterricht teilnehmen.

Nach vier Jahren muß er in einem Schlußexamen zeigen, "daß er gelernt hat, selbstständig zu denken und ihm in der Praxis entgeg tretende Fragen selbstständig zu bearbeiten" (25).

Auch für das Praktische Jahr, das sich in Form des "Inter-ship" in den Vereinigten Staaten immer mehr durchsetzt, forderten die Studienreformer ganz bestimmte Inhalte.

Dem jungen Arzt sollte nicht nur das Schreiben von Krankengeschichten und ähnliche, ihn wenig fördernde Dinge übertragen werden. Mit steigender Erfahrung soll er immer selbstständiger arbeiten dürfen, wobei ihm die Kliniker beratend zur Seite stehen und jeden Fall mit ihm durchsprechen sollen.

Um den gewünschten Einfluß auf den Kranken ausüben zu können, ist es wichtig, sein Vertrauen zu erwerben, wozu auch der richtige Umgang mit den Angehörigen und Freunden des Kranken zu erlernen ist.

Ganz wichtig in diesem Stadium der Ausbildung sei "... vor allem auch der durch stetes Beispiel so wichtige Unterricht in der ärztlichen Ethik" nicht zu vergessen (26).

In einem Bericht der Kommission zum Studium der ärztlichen Erziehung wurde das Praktische Jahr gleichfalls dringend gefordert, aber auch darauf hingewiesen, "daß es falsch ist, von jedem Studenten die gleiche Art des Internship zu verlangen, man soll allerdings gewisse Regeln aufstellen, aber in ihren Grenzen dem Einzelnen Gelegenheit geben, dies praktische Jahr so zu verwerten, wie es seiner Vorbildung, seinen Neigungen und seinen späteren Plänen entspricht" (27).

Die Zahl der Medizinstudenten in den Vereinigten Staaten hatte im Jahre 1919 mit 13052 den niedrigsten Stand seit 1890 erreicht, zeigte von diesem Zeitpunkt an aber eine stete Zunahme.

Im Jahre 1922 besuchen 16140 Studenten die Medizinschulen; für das Jahr 1923 wird ihre Zahl auf 17700 geschätzt, für das Jahr 1925 auf 18840 (28).

Im Jahre 1926 belief sich die Zahl der Medizinstudentinnen auf 829, das entspricht 4,4 Prozent (29).

Ihre Zahl ist seitdem rückläufig. Im Jahre 1930 schlossen nur noch 204 Frauen ihr Studium ab.

Im gleichen Jahr zählte die Spezialschule für Frauen in Philadelphia, an der die meisten Studentinnen ihr Studium absolvieren, 116 Neuaufnahmen und vierzehn, die das Studium beendeten (30).

Der Prozentsatz der Medizinstudentinnen wird im Gegensatz dazu an anderer Stelle seit 1905 gleichbleibend mit ca. 4,5 Prozent angegeben (31).

Die Kosten des Medizinstudiums werden von Leland mit 40000 Mark angegeben, ohne Berücksichtigung des Verdienstaufalles während des Studiums und ohne Verzinsung des zum Studium benötigten Kapitals. Nach dieser Kostenrechnung ist die ärztliche Ausbildung zwar die teuerste, sie garantiert aber kein Einkommen, um in der Zukunft sorgenfrei leben zu können. Folgende Überlegung verdeutlicht das: "Würde man diese 40000 M für den 20jährigen Studenten gut anlegen, so würde er mit 40 Jahren wahrscheinlich ein Einkommen haben, das es ihm erlaubte, den Rest seines Lebens sorgenlos zu verbringen, während ein 50jähriger Arzt heutzutage nur ein wirklich auskömmliches Einkommen hat, d.h. ein Einkommen, das auch das Zurücklegen der nötigen Ersparnisse erlaubt" (32).

Die Studiengebühren pro Jahr verdoppelten sich innerhalb von sieben Jahren von 118 Dollar (1910) auf 236 Dollar (1927).

An einigen großen Universitäten im Osten des Landes betrugen sie sogar über 400 Dollar (33).

Nach Deissler erheben die Medizinschulen jährliche Studiengebühren in unterschiedlicher Höhe:

an	6	Schulen	betragen	sie	bis	100	Dollar,
"	14	"	"	"	zwischen	100	und 200 Dollar,
"	22	"	"	"	"	200	" 300 "
"	20	"	"	"	"	300	" 400 "
"	14	"	"	"	"	400	" 500 "
"	10	"	"	"	mehr als	500	Dollar (34).

An das "Premedical"-Studium werden ganz bestimmte Anforderungen gestellt.

Demnach gehört zur Vorbildung zum Medizinstudium der vierjährige Besuch einer "High-School" und der zweijährige Besuch eines Colleges. Es ist unerlässlich, ein von der American Medical Association anerkanntes College zu besuchen. Anderenfalls kann es schwierig oder gar unmöglich sein, die Zulassung zu einer anerkannten "Medical School", der medizinischen Fakultät einer Universität zu bekommen.

Der zukünftige Medizinstudent muß an dem College mindestens 60 semester hours belegen, das sind mindestens 15 Stunden pro Semesterwoche bei einem 32 Wochen umfassenden Schuljahr.

Eine Semesterstunde beinhaltet ein Kolleg mit einer Vorlesungs- oder zwei Laboratoriumsstunden pro Woche.

"Folgende Kollegs sind obligatorisch:

- a) 12 semester hours Chemie mit mindestens 8 Stunden allgemeiner anorganischer Chemie einschließlich 4 Stunden Laboratoriumsarbeit, und 4 in organischer Chemie einschließlich 2 Stunden Laboratoriumsarbeit;
- b) 8 Semesterstunden Physik mit mindestens 2 Stunden Labo-

ratoriumsarbeit. Ein vorbereitender Kurs in Trigonometrie wird als notwendig erachtet;

c) 8 Stunden Biologie mit 4 Stunden Laboratoriumsarbeit. Dabei ist dem Studenten die Wahl zwischen 8 Stunden allgemeiner Biologie oder je 4 Stunden Zoologie und Botanik gelassen.

d) 6 Stunden "Aufsatz" und Literatur in englischer Sprache;

e) für die restlichen 12 Stunden kann der Student sich ein Fach wählen. Doch soll er für diese 12 Stunden andere Fächer als Physik, Chemie und Biologie wählen.

Mit dem Kurs in englischer Sprache soll er also mindestens 18 Stunden allgemeinbildende Vorlesungen hören.

Nachdrücklich empfohlene Wahlfächer sind: 6 bis 12 (nicht mehr als 12) stündiger Kurs zur Erlangung der Fähigkeit, eine moderne Fremdsprache zu lesen; 3 bis 6 stündige Vorlesung in Botanik oder Zoologie für Fortgeschrittene; 3 bis 6 stündige Vorlesung in Psychologie oder Logik; 3 bis 6 stündige Vorlesung in Mathematik für Fortgeschrittene (Algebra und Trigonometrie); weiter 3 bis 6 stündige Vorlesung in Chemie. Als weitere Wahlfächer werden empfohlen: Kurse in englischer Sprache, Wirtschaftsfächer, Geschichte, Soziologie, 'political science', Mathematik, Latein, Griechisch und Zeichnen" (35).

2.2.3. Die ärztliche Fortbildung

Über eine nicht alltägliche Form der ärztlichen Fortbildung berichtet E. Simon im Jahre 1920 aus St. Louis.

Interessierte Ärzte können dort am "Alltagsleben" der Krankenhäuser teilnehmen: "... hat sich eine 'Klinische Sektion der St. Louis Medical Society' gebildet, die im wesentlichen aus den Professoren der beiden hiesigen Universitäten und den Leitern der größeren Krankenhäuser besteht und jeden Tag an die Mitglieder der ärztlichen Gesellschaft, die sich da-

für interessieren, ein 'Bulletin' versendet, aus dem zu ersehen ist, was jeden Tag und zu jeder Stunde in den Krankenhäusern vorgeht, was für Operationen gemacht und was für klinische Vorlesungen gehalten werden. Jeder Arzt ist willkommen und kann unentgeltlich allen Operationen, Kliniken-Demonstrationen und Vorlesungen beiwohnen ..." (36).

Ein Jahr später luden die beiden Colleges alle Ärzte der Stadt und der Umgebung zu einem viertägigen Fortbildungskurs ein.

Die Teilnehmer hatten täglich die Gelegenheit, von morgens bis abends Vorlesungen zu hören, verschiedensten Demonstrationen und Operationen beizuwohnen und selbst Kranke zu untersuchen.

Dieser Kurs war zunächst nur als Versuch gedacht. Er fand aber unerwartet große Zustimmung und war in jeder Hinsicht so erfolgreich, daß beschlossen wurde, in Zukunft öfters Kurse dieser Art anzubieten und der ärztlichen Fortbildung generell mehr Aufmerksamkeit zu schenken (37).

In den folgenden Jahren werden den Ärzten in großen medizinischen Zentren mehrwöchige Weiterbildungskurse angeboten.

Viele Ärzte können aber z.B. aus finanziellen Gründen ihre Praxisarbeit nicht solange aufgeben, oder, aus welchen Gründen auch immer, diese Kurse nicht besuchen.

Manche Ärzteorganisationen bemühen sich deshalb, einen neuen Weg zu finden, um ihren Mitgliedern auch außerhalb dieser Zentren eine Fortbildung zu ermöglichen.

Sehr aktiv auf diesem Gebiet ist die Michigan State Medical Society. So ist es gelungen, auch in Städten ohne Universität Weiterbildungskurse in Krankenhäusern anzubieten,

meist in Form von abendlichen Vorlesungen mit Demonstrationen am Krankenbett.

Die Kosten werden von den Ärzteorganisationen getragen, sie übernehmen auch die Reisekosten der Universitätslehrer und zahlen ihnen ein kleines Honorar. Für die Teilnehmer sind die Kurse kostenlos.

Die Veranstaltungen dauern eine bis mehrere Wochen und werden überwiegend in Kinderheilkunde, Geburtshilfe und über Herzkrankheiten und Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes abgehalten.

Bis auf wenige Ausnahmen, wie z.B. Innere Medizin, Dermatologie, Pathologie und Nervenkrankheiten wird dem amerikanischen Arzt in seiner Heimat eine gute Fortbildung ermöglicht.

Für die erwähnten Ausnahmen findet er aber nach wie vor die besten Voraussetzungen zur Weiterbildung in Europa (38).

Im Staate New York ist das ärztliche Fortbildungswesen etwas anders organisiert als oben beschrieben.

Erstens dauert jeder Fortbildungskurs hier sechs Wochen. Die Vorlesungen mit klinischen Demonstrationen finden einmal wöchentlich zu einem bestimmten Termin statt. Zweitens kann jeder Arzt, auch wenn er kein Mitglied der Ärztesellschaft ist, an den Kursen teilnehmen.

Die Themenauswahl obliegt mit wenigen Ausnahmen den "Counties" (vergleichbar mit Kreisen in Deutschland).

Über den Sinn dieser Kurse heißt es: "Umfassende Kurse in den Laboratoriumswissenschaften werden nicht gegeben, da die Veranstalter der Meinung sind, daß die Mehrzahl der Krankheiten klinisch erkennbar ist. Man will den Sinn für

klinische Beobachtungen stärken und die Kenntnisse der praktischen Ärzte vermehren ... Spezialisten sollen durch diese Kurse nicht herangebildet werden" (39).

Viele angesehene amerikanische Ärzte vervollkommen ihre Ausbildung durch Studienreisen nach Europa.

Neben deutschen, französischen und englischen Universitäten erfreut sich besonders die Wiener Universität großer Beliebtheit, "... es ist das Mekka vieler amerikanischer Mediziner geworden, die dort sogar eine eigene medizinische Gesellschaft haben, welche bei der Beschaffung von Wohnungen, Studiengelegenheit, gesellschaftlichem Anschluß usw. behilflich ist" (40).

Die Wiener Universität hat für die amerikanischen Ärzte eigens Ferienkurse in englischer Sprache eingerichtet, bei denen die Gelegenheit zur praktischen Betätigung in verschiedenen Gebieten gleichfalls gegeben ist.

Neben diesen Kursen und Studienreisen bietet die Literatur jedem Arzt eine ganz individuelle Möglichkeit der Weiterbildung. Die American Medical Association hält in ihrer Bibliothek "den größten Teil der 1800 in der ganzen Welt erscheinenden auf ärztliche Dinge bezügliche Zeitschriften..." (41) bereit und sie gibt neben dem Journal mehrere Fachzeitschriften heraus.

Außerdem verteilt sie Broschüren mit Hinweisen auf aktuelle medizinische Probleme wie Krebs, sexuelle Aufklärung, Säuglingspflege u.v.m. an die Ärzte.

Dreimal pro Woche wendet sie sich in einer jeweils fünfzehnminütigen Rundfunksendung ebenfalls an die Ärzte.

Ihre "pharmakologischen, chemischen und physikalischen" Büros beschäftigen namhafte Mitarbeiter dieser Gebiete und

testen jedes neue Mittel und jeden neuen Apparat auf das sorgfältigste und sprechen sich dafür oder dagegen aus. "Dem amerikanischen Arzt wird dadurch eine ausgezeichnete Belehrung geboten, ein vortreffliches Gegengewicht gegen die oft maßlos übertriebenen Anpreisungen großer und kleiner Fabriken" (42).

Die ärztliche Weiterbildung - im Jahre 1921 in St. Louis versuchsweise und auf freiwilliger Basis angeboten - erfuhr im Laufe der Jahre eine stete Ausweitung. Im Jahre 1931 schrieb die American Medical Association jedem Arzt vor, an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen.

Auf der Jahresversammlung für ärztliche Erziehung, Registrierung und Krankenhauswesen im Februar 1931 forderte Warnshuis, jeden Arzt aus dem Register zu streichen, wenn er sich nicht alle fünf Jahre durch einen Kursus weiterbilde.

Mit der Streichung aus dem Register ist das Recht zur Praxisausübung erloschen (43).

2.2.4. Das Krankenhauswesen

Die meisten Krankenhäuser sind aufgrund von Privatinitiativen gegründet worden (z.B. von Kirchen oder Sekten oder Privatleuten). Ihre Arbeit wird durch Sammlungen und Stiftungen finanziert. Es gibt offene und geschlossene Spitäler, d.h., die offenen sind allen Ärzten zugänglich, in den geschlossenen dagegen arbeiten nur angestellte Ärzte.

Im Jahre 1925 wird in der amerikanischen Ärzteswelt die Freigabe der Hospitäler diskutiert und eine Umfrage zu diesem Thema durchgeführt (J.A.M.A. 1925 Nr.3). Zu diesem Zeitpunkt gibt es in den Vereinigten Staaten insgesamt

7370 Hospitäler mit 813926 Betten. Sie verteilen sich höchst unterschiedlich auf 1367 Grafschaften mit 17 677 254 Einwohnern. So gibt es im Westen und im Süden des Landes eine Anzahl von Staaten, die kein Krankenhaus besitzen, dagegen stehen in New York der Bevölkerung 688 Hospitäler mit 120739 Betten zu Diensten.

An der Umfrage beteiligten sich leider nicht alle Krankenhäuser, den Fragebogen beantworteten nur 2867. Von diesen sind 1995 frei, "d.h., auch nicht angestellte Ärzte können ihre Kranken hineinlegen, behandeln und operieren" (44).

In den geschlossenen Hospitälern haben die angestellten Ärzte meistens eine so geringe Bettenzahl, daß sie an mehreren Hospitälern tätig sind.

In Gebieten mit überwiegend geschlossenen Krankenhäusern ist die Anzahl der dort arbeitenden Ärzte demgemäß verhältnismäßig hoch, so arbeiten z.B. von 8769 New Yorker Ärzten 3232 = 36,8 Prozent in einer Klinik, in Cleveland sind es 29 Prozent und in Chicago 25,6 Prozent der Ärzte.

Der Erfolg in den Bemühungen der Ärzteschaft die Hospitäler freizugeben, zeigt sich in dem Verhältnis von offenen zu geschlossenen Hospitälern, 1920 betrug es 2 zu 1, im Jahre 1925 schon 5 zu 1.

Allein von den 455 in den letzten fünf Jahren neu erbauten Krankenhäusern zählen 378 zu den offenen.

Interessant ist noch eine kurze Übersicht über die Größe der Kliniken: 665 haben weniger als 10 Betten, 2301 haben weniger als 10 bis 25 Betten, 1744 weniger als 25 bis 50. und nur 451 mehr als 300 Betten (45).

Die offenen Hospitäler werden von J. Roos (Chicago) als Charakteristikum des amerikanischen Ärzteswesens wie folgt be-

schrieben: "Sie bilden die große Mehrzahl aller Krankenhäuser, sind mit privatem Kapital aufgebaut, mit den modernsten Hilfsmitteln ausgestattet und bieten den gutstehenden, den Ärztevereinen angehörenden Praktikern oder Spezialisten die Möglichkeit, ihre Patienten zu hospitalisieren und sie dort selbst zu behandeln oder zu operieren" (46). Die Assistenten und Schwestern dieser "Open-Staff"-Hospitäler stehen dem Operateur selbstverständlich zur Verfügung.

Eine Statistik über die Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten gibt etwas niedrigere Zahlen an als oben aufgeführt. Sie besagt, daß im Jahre 1925 in den Vereinigten Staaten 6896 Krankenhäuser mit 802065 Betten vorhanden sind.

Sie werden in vier Gruppen unterteilt:

1. Allgemeine Krankenhäuser,
2. Anstalten für Nerven- und Geisteskranke,
3. Anstalten für Tuberkulose und
4. alle anderen Hospitäler.

Die Kapazität der Anstalten für Nerven- und Geisteskranke wird in dieser Statistik nach Staatengruppen der Kapazität aller anderen drei Gruppen gegenübergestellt. In Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte und Anzahl der Städte in den einzelnen Staaten variiert die Bettenzahl für 10000 Einwohner wie folgt:

	Anstalten für Nerven- u-. Geisteskranke	alle anderen Anstalten	zusammen
Nordatlantische Staaten	39,6	48,9	88,5
Südatlantische Staaten	22,9	29,6	52,5
Nord-Zentralstaaten	31,1	39,3	70,4
Süd-Zentralstaaten	17,2	24,9	42,1
Weststaaten	32,0	66,6	98,6

Seit dem Krieg sind die Zahlen der Anstalten und Betten stetig gestiegen. Für 10000 Einwohner gab es in den Jahren 1909

46,3 Krankbetten, 1914 54,8 Betten, 1918 59,5 Betten und 1925 70,7 Betten (47).

Über die gewaltige Zunahme der Hospitäler und ihrer Betten ist an anderer Stelle etwas in absoluten Zahlen zu erfahren. So stieg die Bettenzahl in einzelstaatlichen Krankenhäusern von 1909 bis 1930 von 198049 auf 405309 und die in den Bundesspitälern im gleichen Zeitraum von 8827 auf 63581 (48).

Über den Beginn der Entwicklung des amerikanischen Krankenhauswesens berichtet R.H.Jaffe aus Chicago.

Aus der Tatsache, daß außer den Irrenanstalten und einigen wenigen Ausnahmen die Krankenhäuser privat verwaltet werden, resultieren sehr große Unterschiede in ihrer Einrichtung und Führung, so stellt sich, noch einmal zusammengefaßt, die Situation der Krankenhäuser dar: "Da setzte die kontrollierende und regelnde Tätigkeit des American College of Surgeons ein. Es bildete ein Komitee zur Standardisierung der Hospitäler und ernannte ärztliche Inspektoren, die das ganze Land bereisten und die verschiedenen Krankenhäuser studierten ... Es wurden sodann Bestimmungen ausgearbeitet, denen ein Krankenhaus genügen muß, um von dieser vornehmen Ärzteorganisation anerkannt zu werden. Und da diese Anerkennung für diese Spitäler so gut wie eine Existenzberechtigung war, so bemühten sie sich meistens, den aufgestellten Standardregeln so rasch wie möglich nachzukommen" (49).

Die ärztlichen Inspektoren begutachteten 2368 Spitäler in den Vereinigten Staaten und Kanada. Sie beurteilten 1416 = 69,3 Prozent mit gut. 961 Spitäler mit mehr als 100 Betten wurden sogar zu 86,5 Prozent mit gut beurteilt.

Die Negerbevölkerung der Vereinigten Staaten wird in speziellen Negerhospitälern behandelt. Als Ärzte und in der Verwaltung sind auch Weiße beschäftigt.

Vertreter der National Hospital Association und der National Medical Association beauftragten im Jahre 1927 Dr. Algernon Jackson, Professor der Öffentlichen Gesundheitspflege an der Howard Universität in Washington und selbst Neger, mit einer Untersuchung über die Krankenhausfürsorge für die Negerbevölkerung (The Journal, 20.4.1929, S.1375).

Alle vier Monate wurden die Negerhospitäler der südlichen Staaten besichtigt und ausführlich über Gelände, Ausrüstung, Personal, Patienten und die geleistete Arbeit berichtet, um Verbesserungen in den genannten Punkten durchführen zu können.

Zu diesem Zweck wurden die Hospitäler nach dem Wert der geleisteten Arbeit in die Klassen A, B, C und D eingeteilt. In der Klasse D werden die Spitäler geführt, die es nicht wert sind, in irgendeiner Form unterstützt zu werden.

Bei Beginn der Untersuchung waren bei der amerikanischen medizinischen Gesellschaft 154 Negerhospitäler registriert. Durch die Untersuchung erhöhte sich die Zahl um 29; diese waren neu oder gar nicht gemeldet gewesen. Von den nunmehr 183 Hospitälern waren 10 geschlossen, so daß letztlich 173 in Betrieb waren. Von diesen wurden 120 Krankenhäuser besichtigt und begutachtet. Von den insgesamt 9027 Betten waren im Jahr vor der Untersuchung 6451 Betten belegt.

16 Hospitäler wurden der Klasse A zugeteilt, 43 der Klasse B, 30 der Klasse C, 27 der Klasse D, 4 erhielten keine Zuordnung. Von den 93 förderungswürdigen Anstalten hatten bisher schon 67 finanzielle Unterstützung erhalten. Die 27 Häuser der Klasse D wurden derart schlecht geführt, daß jede Hilfe wertlos erschien.

102 der 120 Hospitäler waren allgemeine, 18 Spezialhospitäler. Von den letzteren widmeten sich nur sieben der Chirurgie und Geburtshilfe, obgleich die farbigen Patienten im Süden das Hospital in erster Linie zur chirurgischen Behandlung aufsuchen.

Von den 999 Ärzten der Negerhospitäler waren 515 Farbige und 482 Weiße. Die Verteilung auf die einzelnen Hospitäler sah so aus: in 42 Hospitälern nur, in 21 überwiegend Neger und in 11 nur Weiße.

Verwaltet wurden 103 Anstalten von Negern, 17 von Weißen (50).

In Nordamerika werden die Gesamtunkosten für das Kranksein mit etwa drei Milliarden Dollar pro Jahr veranschlagt. Davon entfallen ca. 30 Prozent auf 7000 Spitäler, 25 Prozent auf Arzneien und Apparate, 42 Prozent auf Personalunkosten, drei Prozent werden für prophylaktische Maßnahmen bei Krankheiten aufgewendet. Von der Gesamtsumme zahlen der Staat und private Organisationen 800000 Dollar, den Rest von über zwei Milliarden Dollar der Privatmann. So muß der Patient im Krankenhaus für ein Einzelzimmer im Durchschnitt fünf bis sieben Dollar zahlen, für ein Bett in einem kleinen Krankensaal durchschnittlich drei bis fünf Dollar. Zusätzlich trägt er auch die Kosten für z.B. Labor- und Röntgenuntersuchungen und Operationen (51).

Neben der Behandlung der Patienten haben bestimmte Krankenhäuser noch zusätzliche Aufgaben zu erfüllen.

An 316 Krankenhäusern (135548 Betten) werden praktische Kurse für die Medizinstudenten abgehalten, 664 Krankenhäuser (201974 Betten) bilden die sogenannten Internen aus, an 349 Krankenhäusern bekommen junge Ärzte ihre Ausbildung zum Spezialisten, und nicht zuletzt veranstaltet eine nicht

genannte große Anzahl von Krankenhäusern Fortbildungskurse für bereits tätige Ärzte.

Insgesamt sind zwei Drittel aller aktiven Ärzte in irgendeiner Weise in einem Krankenhaus tätig. "Von 142500 Ärzten sind 98491 als Direktoren, Mitglieder des Stabes oder sogenannte Interne tätig. Man nimmt an, daß in wenigen Jahren fast alle Ärzte in Krankenhäusern tätig sein werden" (52).

Rufus Rorem studierte in einer Arbeit über "The public investment in hospitals" (The University of Chicago Press 1931) die Frage der Kapitalanlage in amerikanischen Krankenhäusern.

Danach berechnet sich der Wert der 7000 Hospitäler (900000 Betten) auf 2 400 000 000 Mark. Ein Bett in einem besser eingerichteten Krankenhaus erfordert einen Kapitaliaufwand von 12000 bis 60000 Mark. Diese Summe verteilt sich zu 60 Prozent auf medizinische und chirurgische Häuser, zu 27 Prozent auf Irrenhäuser, zu sechs Prozent auf Tuberkuloseanstalten und zu zwei Prozent auf Spezialkrankenhäuser.

"Von den allgemeinen Krankenhäusern sind zwei Drittel durch Personen oder Körperschaften gegründet worden, die rein philanthropische Zwecke verfolgen und keinen Nutzen erstreben. Von den Irrenanstalten sind 90 Prozent Staatsanstalten, überhaupt läßt sich sagen, daß chronisch Kranke fast ausschließlich in Staatsanstalten verpflegt werden. Nur neun Prozent aller Krankenhäuser sind Privatanstalten, und nur 15000 aller Betten können als "endowed" bezeichnet werden, d.h. sind kapitalisiert, für alle anderen Betten muß jährlich neu gesammelt werden, oder sie müssen sich selbst bezahlt machen ... Ein gleitender Tarif je nach Wohlstand des Kranken und den von ihm gestellten Anforderungen beschafft einen Teil der Betriebskosten, der Rest muß durch stets sich erneuernde Sammlungen aufgebracht werden" (53).

2.2.5. Verschiedene Krankheiten

2.2.5.1. Diphtherie

Neben einigen anderen Krankheiten wie z.B. Tuberkulose, Krebs u.a. fordert die Diphtherie alljährlich eine sehr große Anzahl von Todesfällen. Aus diesem Grunde wird versucht, ihr durch die verschiedensten Maßnahmen entgegenzutreten.

So wird für alle Kinder zwischen sechs Monaten und sechs Jahren eine Toxin-Antitoxin-Schutzimpfung gefordert. "Man nimmt dabei als sicher an, daß die Schicksche Reaktion wirklich anzeigt, daß ein Kind für Diphtherie empfänglich ist, und daß die Toxin-Antitoxin-Injektionen wirklich eine dauernde Immunität verleihen. Beide Annahmen dürften noch unbewiesen sein" (54).

Daß es wichtig und richtig ist, die Kinder in dem angegebenen Alter zu impfen, zeigt die Tatsache, daß die Diphtherie unter den drei- bis fünfjährigen Kindern die meisten Opfer fordert.

"Zwinger u.a. haben festgestellt, daß von 150000 Kindern im schulpflichtigen Alter mehr als 60 Prozent beim Eintritt in die Schule eine positive Schick-Probe haben. In ländlichen Bezirken ist stellenweise der Prozentsatz noch höher" (55). Dieses Ergebnis rechtfertigt ebenso die prophylaktische Schutzimpfung.

Zwinger u.a. haben in ihren Untersuchungen auch ermittelt, "daß die Kinder wohlhabender Klassen weniger natürliche Immunität zeigen als die der Armen, bei denen das enge Zusammenwohnen und die größere Gefahr der Ansteckung die Ausbildung der natürlichen Immunität fördert" (56).

Hayne (Columbia) legt die Probleme der Diphtheriebekämpfung in einer Arbeit im "J.A.M.A., Nr. 25" dar: Er berichtet, daß die Mortalität der Diphtherie seit 1900 zwar auf ein Fünftel gesunken ist, mit 13 bis 16 Prozent aber immer noch zu hoch ist. Zusätzlich zu der oben schon geforderten prophylaktischen aktiven Immunisierung ist man dazu übergegangen, bei Kontakt auch eine passive Impfung (500 bis 1000 Immunisierungseinheiten) durchzuführen. Beide Impfungen sind im Kontaktfall erforderlich, die aktive Impfung allein bietet erst nach ein bis sechs Monaten Schutz vor der Erkrankung und kann deshalb die passive Impfung nicht ersetzen.

Damit im Bedarfsfall die passive Impfung durchgeführt werden kann, hat Hayne dafür gesorgt, " daß überall in Columbia frisches Antitoxin zu haben ist, die 'Verteiler' (meistens Apotheker oder Drogisten) erhalten eine kleine Vergütung für ihre Bemühungen, das Mittel selbst wird an alle Ärzte und für alle Patienten unentgeltlich abgegeben" (57).

Wenn, wie oben angeführt, die Aussagekraft der Schickschen Reaktion noch als unbewiesen gilt, wird an dieser Stelle davon ausgegangen, daß durch sie mit Sicherheit alle gefährdeten Personen ausfindig gemacht werden können.

Daß die Impfung gewissenhaft durchgeführt werden muß, um Zwischenfälle zu vermeiden, zeigt die Tatsache, daß in Bridgewater und in Concord 45 Kinder nach der Impfung an hohem Fieber erkrankten. "Genaue Untersuchungen der verwendeten Seren durch Schick und Park zeigten, daß sie einem starken Frost ausgesetzt waren und daß durch das Gefrieren die Mischung insofern sich geändert hatte, daß das Toxin überwog" (58).

Über einen großartigen Erfolg der Antidiphtherie-Kampagne berichtete der Präsident der American Medical Association

auf der 72. Jahresversammlung im April 1926 in Dallas/Texas: in der Stadt Auburn im Staate New York gab es in den letzten zwei Jahren keine Todesfälle durch Diphtherie (59).

Die Aufklärung über die Diphtherie und die Aufforderung zur Schutzimpfung hatte sich bisher in der Regel an die Bevölkerung gerichtet und wurde meist über die Presse und die öffentlichen Verkehrsmittel (in Untergrund-, Hoch- und Straßenbahnen warben Plakate für die Impfung) betrieben.

Im Frühjahr 1927 wurden zusätzlich die Ärzte in den Kampf gegen die Diphtherie miteinbezogen. "... stellte man den Ärzten in New York City allein über 12000 geschmackvoll ausgeführte, mit dem Siegel der Gesundheitsbehörde versehene und von dem betreffenden Arzte zu unterzeichnende Anschläge über Notwendigkeit und Wert der Schutzimpfung kostenlos für das Wartezimmer zur Verfügung. Die Eltern werden darin aufgefordert, alle Kinder zwischen neun Monaten und zehn Jahren mit Toxin-Antitoxin impfen zu lassen" (60).

2.2.5.2. Syphilis

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten wird überall in den Vereinigten Staaten energisch betrieben.

Ein Bericht des "United States Public Health Service" vom 2.4.1922 legt in einer Zusammenfassung alle Maßnahmen zu deren Bekämpfung in den vergangenen zwei Jahren dar.

"Es wurden unter anderem 427 Kliniken für Geschlechtskranke errichtet, in denen 185200 klinische Kranke 2103900 Behandlungen erhielten, wobei in den besten Kliniken sich die Kosten auf einen Dollar pro Patient beliefen; 41100 Kranke wurden als nicht mehr infektiös entlassen. Kranke, die vor Beendigung der Behandlung sich dieser entziehen,

werden durch soziale Helfer und Helferinnen aufgesucht, ebenso werden die Familien der Erkrankten von diesen Helfern besucht und veranlaßt, sich untersuchen bzw. behandeln zu lassen. 60700 Ärzte haben versprochen, ihre Dienste für diese Kampagne zur Verfügung zu stellen, und 28000 Apotheker haben sich verpflichtet, keine Geheimmittel mehr zu verkaufen. Von 20000 Zeitungen und Wochen- oder Monatschriften haben nur 200 sich geweigert, die Annoncen von Quacksalbern für die Zukunft auszuschließen. In 16 Einzelstaaten ist der Verkauf von sogenannten Patentmedizinen (Geheimmitteln) gesetzlich verboten. Auch erziehlich geht man großzügig vor, 15000 Plakate wurden über das ganze Land verbreitet, 74000 Knaben und Jünglinge besuchten die "Halte-Dich-gesund-Ausstellung". 13000 Lichtbildervorträge wurden gehalten, und 3600 auf diesen Gegenstand bezügliche Kinovorstellungen wurden von 1 1/2 Millionen Personen besucht. Viele Bordelle sind geschlossen worden, und es werden jetzt Männer, die dieselben besuchen, ebenso bestraft wie Frauen, die sich dort preisgeben. In vielen Staaten gibt es Quarantänehäuser, in denen Personen interniert werden, deren Krankheit eine Gefahr für die übrigen Bewohner bedeutet und in denen sie nach Möglichkeit geheilt werden" (61).

2.2.5.3. Tuberkulose

Auf der Tagung der "National Tuberculosis Society" in St. Louis erörterten im Jahre 1920 Vertreter aus allen Teilen des Landes die Frage der Verhütung und Behandlung der Tuberkulose. Die Tbc fordert hier die meisten Opfer und soll nun mit allen Mitteln bekämpft werden.

Die Tagung brachte zwar keine neuen Erkenntnisse über die Erkrankung, aber es soll ihr der Kampf durch umfassende Aufklärung, Hygiene und Errichtung von speziellen Tuberkuloseanstalten angesagt werden (62).

Wie tiefgreifend diese Erkrankung den Menschen belastet, ist unter anderem aus einer zuverlässigen Kostenberechnung zu ersehen. Abgesehen von einer höheren Lebenserwartung von durchschnittlich zweieinhalb Jahren wird durch die Tuberkulose ein jährlicher Verlust von 521 000 000 Dollar verursacht. Dazu kommen noch 663 000 Dollar für die Behandlung und/oder Heilung; umgerechnet sind das sechs Dollar pro Kopf der Bevölkerung. Auf die nächsten fünfzig Jahre berechnet entsteht durch diese Krankheit ein Verlust von 27 Milliarden Dollar (63).

Die Sanatoriumsbehandlung von Tuberkulosekranken wird häufig aus Geld- und Platzmangel nicht lange genug und deshalb ohne den erwünschten Erfolg durchgeführt.

Ein Sanatorium - es gehört der Amerikanischen-Metropolitan-Lebensversicherung - behandelt seine Patienten so lange wie die Krankheit es erfordert. Die Behandlung in dieser Anstalt gilt als beispielhaft.

Alle 18000 Angestellten der Versicherungsgesellschaft werden seit acht Jahren einmal pro Jahr ärztlich untersucht. Durch diese Maßnahme ist die Zahl schwerer Erkrankungen drastisch gesunken, sodaß 70 Prozent der Sanatoriumspatienten im Anfangsstadium behandelt werden können. " Die Anstalt zählt 214 Betten und hat bis zum 31.12.1920 953 Kranke entlassen. Von diesen konnten 896 im Oktober 1922 nachuntersucht werden; 57 waren nicht auffindbar. 80 Prozent waren arbeitsfähig, 10 Prozent waren nicht arbeitsfähig, und 10 Prozent waren gestorben. Von den 585 beginnenden Fällen waren 90 Prozent arbeitsfähig, 7 Prozent nicht arbeitsfähig und 3 Prozent gestorben. Von mittelschweren Fällen waren 70 Prozent , von schweren Fällen 20 Prozent wieder arbeitsfähig geworden. Die Behandlungsdauer für Frühfälle betrug im Durchschnitt 7 Monate und einen Tag, für mittelschwere Fälle 12 Monate und 18 Tage, für schwere Fälle 14 Monate

und 10 Tage. Die Durchschnittsbehandlung für alle Fälle betrug 9 Monate und 29 Tage, gegenüber 3 Monaten in den meisten amerikanischen Sanatorien ... Die Gesellschaft bemüht sich, für die Entlassenen sofort wieder Arbeit zu finden (meist rücken sie in ihre alten Stellen ein), und gibt ihnen den Zusatz zur Nahrung und läßt sie häufig nachuntersuchen" (64).

Eingangs hatte E. Simon über die Tagung der "National Tuberculosis Society" berichtet. Über den Erfolg der dort beschlossenen Kampagne zur Tuberkulosebekämpfung schreibt er vier Jahre später: "Immerhin haben die Todesfälle an Tbc in den letzten Jahren beinahe um die Hälfte abgenommen, was ganz entschieden der ärztlichen Aufklärung über diese Krankheit zu verdanken ist" (65).

Zwei wesentliche Gründe für die erschwerte Wiedereingliederung von Tuberkulosekranken in das Erwerbsleben nach einer längeren Kur sind einerseits die verminderte Belastbarkeit des Kranken und andererseits die Angst der Arbeitgeber und Mitarbeiter vor Ansteckung.

Um dieses Problem zu lösen und geheilten bzw. wieder arbeitsfähigen Kranken den Einstieg in ein normales Leben zu erleichtern, wurde im Jahre 1920 in New York eine Fabrik errichtet, "die sich mit der Herstellung von Wäschestücken aller Art beschäftigt, Schürzen, Ärzte- und Laboratoriumsmänteln, Nachthemden, Kinderkleidern, Schwesternschutzkleidung usw." (66). Arbeit finden Kranke hier nur im Anschluß an ein Heilverfahren in einer Heilstätte oder einem Sanatorium und wenn in einem ärztlichen Attest festgestellt worden ist, daß sich die Erkrankung in einem inaktiven Stadium befindet.

Die Arbeitszeit beträgt je nach Zustand für den einzelnen zwei bis acht Stunden. Sie wird durch ständige ärztliche Untersuchungen der Patienten immer neu festgelegt.

Die Arbeitsbedingungen sind den Bedürfnissen der Arbeiter angepaßt, so gibt es z.B. bequeme "besonders zweckmäßig konstruierte Sitzgelegenheiten" (67) und Liegemöglichkeiten für sie.

Der Lohn ist der gleiche wie der für die gesunden Mitarbeiter in der Versandabteilung. Diese übernehmen auch die Sterilisation der fertigen Produkte. Auf diese Weise soll eine mögliche Übertragung von Krankheitserregern verhindert werden.

Eine in der Fabrik angestellte Schwester kümmert sich um alle sozialen Belange des Patienten und seiner Angehörigen.

Der Sinn dieser Einrichtung ist es, "dem geheilten bzw. wieder arbeitsfähigen Kranken den Übergang in den freien Konkurrenzkampf zu erleichtern..." (68). Dieses Ziel ist für die meisten nach sechs Monaten bis zwei Jahren Arbeit in der Fabrik erreicht. In dieser Zeit sind sie so sicher geworden, "daß sie sich in den normalen Bedingungen des Erwerbslebens aus eigener Kraft wieder zurechtfinden" (69).

2.2.5.4. Krebs

In den Vereinigten Staaten von Amerika findet einmal jährlich im ganzen Land eine "Krebswoche" statt, "in der mit allen verfügbaren Kräften Aufklärung ins Volk getragen wird durch Vorträge, Pamphlete, Wanderbilder usw. Jeder Arzt beteiligt sich mehr oder minder an dieser Tätigkeit" (70).

"The American Society for the Control of Cancer" rief diese "Krebswoche" am 22.5.1913 in New York ins Leben, "um Kenntnisse zu verbreiten von den Symptomen, der Diagnose, der Behandlung und Verhütung der Krebskrankheit, die Bedin-

gungen zu erforschen, unter denen die Krankheit gefunden wird, und soviel wie möglich statistisches Material zusammenzutragen" (71).

"The American Society for the Control of Cancer" erachtete ebenso die Zusammenarbeit mit Krebsspezialisten aus dem Ausland für sehr wichtig.

Sie veranstaltete vom 10. bis 24.9.1926 ein internationales Krebsmeeting in Lake Molonk bei New York, zu dem auch viele europäische Kapazitäten dieses Gebietes eingeladen waren.

Neben dem Erfahrungsaustausch wurde eine Resolution verabschiedet, nach der eine Zeitschrift herausgegeben werden sollte, "die in drei Sprachen, Deutsch, Englisch und Französisch, einen Index und Referate von allen Arbeiten, welche sich auf Krebs beziehen, veröffentlichen sollte" (72).

Wegen Geldmangels kam es allerdings vorerst nicht zur Verwirklichung dieses Vorhabens.

Für die Behandlung der Krebspatienten gibt es spezielle Krankenhäuser oder zumindest eigene Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern.

In New York z.B. das Memorial Hospital und das Cancer Hospital, außerdem besitzt die Columbia-Universität ein eigenes Krebsinstitut und das Rockefeller-Institut eine eigene wissenschaftliche Abteilung für die Krebsforschung (73).

In ihren ständigen Bemühungen, Fortschritte in der Krebsbekämpfung zu erzielen, richtet die "Cancer Association" in New York zu den schon bestehenden Einrichtungen noch ein Institut "zum Studium und zur Behandlung des Krebses" ein.

Sie hat deshalb "für 14 Millionen Mark ein siebenundzwanzigstöckiges Gebäude erworben, das neben einem Krankenhaus mit 4000 Betten eine Poliklinik erhalten soll, die 500 Kranken täglich Rat und Behandlung spenden kann, außerdem wird das Gebäude mit auf das beste eingerichteten Laboratorien versehen sein und schließlich mit einer Abteilung, die der Aufklärung der Bevölkerung dienen soll" (74).

Das Ergebnis einer Untersuchung über die Lebensdauer von Patienten mit Brustkrebs hat E. M. Deland aus Boston in der Zeitschrift "Surgery, Gynecology and Obstetrics" im Februar 1927 veröffentlicht: "Die durchschnittliche Lebensdauer von 100 Krebskranken, die keinerlei Behandlung empfangen hatten, betrug von dem Augenblick an, wo sie zum ersten Male die Geschwulst bemerkten, 40,5 Monate, 50 Prozent der Kranken starben nach 30 Monaten", der letzte nach 13 Jahren.

Die Überlebensrate betrug nach	3 Jahren	40 %,
"	5 "	22 %,
"	6 "	16 %,
"	10 "	5 %. (75)

Wie wichtig in der Krebsbehandlung neben Aufklärung und Früherkennung auch die Zusammenarbeit verschiedener Fachkollegen ist, wurde auf dem 17. Kongreß der Radiologischen Gesellschaft von Nordamerika in St. Louis betont.

Die Erfolge der gemeinsamen Behandlung wurden an einigen Patienten mit "bösartigen Neubildungen im Gesichte und der Mund-, Nasen- und Nebenhöhlen usw." demonstriert. Hier hatten Pathologen, Radiologen und Chirurgen die Patienten behandelt, denn es "ist eine genaue Kenntnis der pathologischen Tendenzen der verschiedenen Krebsarten, ihre variierende Strahlenempfindlichkeit und eine Beherrschung von plastischen und kieferchirurgischen Operationsmethoden notwendig" (76).

Der "Public Health Report" vom 6.1.1927, Vol.37, Nr.1 berichtet unter anderem über die Sterblichkeit an Krebs bei der weißen und schwarzen Bevölkerung der Vereinigten Staaten.

Demnach gibt es zwischen den beiden Rassen keinen nennenswerten Unterschied in der Anzahl der Todesfälle; geographisch gesehen ist ein solcher aber durchaus festzustellen. Die Südstaaten haben eine geringere Krebssterblichkeit als die Nordstaaten (77).

J. P. zum Busch belegt mit Zahlen - jeweils bezogen auf eine Million Einwohner - daß Schwarze und Weiße etwa gleich häufig an Krebs sterben, aber wie schon ausgeführt, mit regionalen Unterschieden.

Insgesamt starben im Jahre 1920 73000 Personen an Krebs, das sind 834 auf eine Million; in Massachusetts waren es 980, in Südkarolina nur 459. In einem Staat beträgt die höchste Zahl für Weiße 925, für Schwarze 822, die niedrigste für Weiße 476, für Schwarze 385. "Das Statistische Amt der Vereinigten Staaten schließt aus diesen Zahlen, daß Weiße und Farbige etwa gleich häufig an Krebs erkranken, daß aber beide Rassen im Süden des Landes weniger empfänglich für Krebs sind als im Norden" (78).

J.P. zum Busch bezweifelt diese Aussage. Er hält den Norden zivilisatorisch für viel höher stehend als den Süden, weshalb "die Kunst der Diagnose und mit ihr die Genauigkeit der Meldungen" im Norden weit fortgeschrittener sein dürfte als im Süden (79).

Die unterschiedliche Krebssterblichkeit zwischen Nord- und Südstaaten bestätigt auch E. Simon am Beispiel zweier Staaten. Mit 1026 Todesfällen auf eine Million Einwohner hatte der Staat New York im Jahre 1924 die meisten Toten zu beklagen.

gen, in Südkarolina forderte der Krebs 522 Todesopfer pro eine Million Einwohner.

Insgesamt starben im ganzen Land 99000 Menschen, das sind 894 auf eine Million Einwohner an Krebs (80).

Daß sich der Krebs trotz intensiver Aufklärung der Bevölkerung immer weiter verbreitet und die Zahl der Todesopfer ständig steigt, zeigen noch einmal zusammengefaßt einige Zahlen:

geschätzte Krebserkrankungen	1915	75000,							
"	"	1920	110000.	(81)					
Krebssterblichkeit	1920	834	pro 1 Million Einwohner,						
"	1923	868	" " "	"	"	"	"	"	(82)
"	1924	894	" " "	"	"	"	"	"	(83)

2.2.5.5. Lepra

Die Lepra gehört zu den Krankheiten, die sich immer weiter ausbreiten. Es ist nicht bekannt, wieviele Personen in den Vereinigten Staaten erkrankt sind, aber allein in New York soll es im Jahre 1923 fünfzig Kranke geben.

In Louisiana gibt es ein nationales Leprakrankenhaus, das 200 Patienten Platz bietet. Damit mehr Behandlungsbedürftige aufgenommen werden können, beschloß der letzte Kongreß die Erweiterung auf 500 Plätze und bewilligte für den Ausbau 650000 Dollar (84).

Die Anfänge dieses Lepraheimes gehen bis auf das Jahr 1894 zurück. Da die Lepra in Louisiana immer endemisch auftrat, sollte besagtes Heim dort errichtet werden.

"... Wegen des allgemeinen Widerstandes der Bevölkerung konnte nur ein Platz in einer schwer zugänglichen Gegend

(bei Iberville) ausfindig gemacht werden, die ersten Kranken wurden bei Nacht in einem Kohlenschiff dorthin gebracht" (85).

Sechs Jahre später wurde dieses Heim nach Carville am Mississippi verlegt.

Als im Jahre 1917 die Gründung eines Nationalheimes für Leprakranke vom Kongreß in Washington beschlossen wurde, fand sich kein Staat bereit, ein solches Heim aufzunehmen. Das Bundesgesundheitsamt kaufte daraufhin die Anstalt in Carville und baute sie aus.

Im Jahre 1923 finden 425 Lepröse (auf 1200 werden die Leprakranken geschätzt) in kleinen Landhäusern mit je zwölf Einzelzimmern Platz. Die gesundheitliche Betreuung gilt als vortrefflich.

Aufgenommen werden neben durch staatliche oder das Bundesgesundheitsamt eingewiesenen Patienten auch freiwillig kommende Kranke.

Bessert sich die Erkrankung unter der Therapie, wird der Patient zwei Jahre besonders intensiv beobachtet; bringt die Behandlung in dieser Zeit weiterhin Fortschritte, wird der Patient entlassen. Er untersteht aber noch drei Jahre lang der Kontrolle des staatlichen Gesundheitsamtes (86).

Eine andere Form der Unterbringung für Leprakranke ist in den Leprakolonien einiger Inseln von Hawaii gegeben.

Herxheimer gibt im Jahre 1920 eine kurze Schilderung der dortigen Verhältnisse. In Kalaupapa auf der Insel Molokai befindet sich die größte Kolonie. Hierher kommen nur Patienten, deren Erkrankung schon weit fortgeschritten ist. "Dort leben die Leprösen mit ihren Familien und sind scheinbar mit

ihrem Los zufrieden, denn gar nicht so selten kommt ein Kranker, der Lepra simuliert, um dorthin geschickt zu werden." In Kalikei auf der Insel Oahu werden frische und fortgeschrittene Fälle behandelt. "Die Therapie ist meist konservativ, Hygiene. Von Chaulmoograöl hält man fast nichts" (87).

Die Eingeborenen halten die Lepra für eine Fischvergiftung, weil der Verzehr von großen Mengen Fisch oft die Exantheme provoziert.

Auffallend war, daß fast alle Kranken im Gegensatz zur Lehrbuchmeinung Papeln oder besser gesagt Leprome an den Fußsohlen aufwiesen.

Mit der Lepra auf Hawaii befaßt sich auch ein Aufsatz von Wayson (Public Health Report 51 (1929)).

Danach kommt die Lepra auch auf Hawaii seit langer Zeit endemisch vor.

Auf einer Halbinsel der Insel Molokai wurde schon 1865 eine Isolierstation eingerichtet. 7000 Kranke fanden seitdem dort Aufnahme. Vor dreißig Jahren waren mehr als 1100 Patienten in Behandlung, derzeit sind es circa 700. "Neben den Hawaiianern bilden die Mischrassen (mit Chinesen, Japanern, Weißen) einen großen Teil des Zugangs" (88).

Im Gegensatz zu Herxheimers Aussage zur Therapie der Lepra wird hier berichtet, daß sie seit zehn Jahren mit Chaulmoograöl behandelt wird, "meist als intramuskuläre Injektion mit einem aus dem Öl hergestellten Aethylester. Die Wirkung derselben läßt sich nur schwer kontrollieren, da sichere Vergleiche mit Remissionen bei Lepra ohne Behandlung fehlen; eine spezielle Wirkung wird in Abrede gestellt" (89).

In Ostindien und China wurde Chaulmoograöl schon vor Christus zur Behandlung von Lepra verwendet.

2.2.5.6. Malaria

Im Jahre 1921 berichtet E. Simon von einer neuen Maßnahme zur Malariabekämpfung. Da der Malaria - hauptsächlich in den Südstaaten - immer noch viele Menschen zum Opfer fallen, hat das Gesundheitsamt der Vereinigten Staaten einen Film über die Moskitos gedreht und hofft, damit wirksam die Übertragung der Erkrankung zu erklären (90).

Im Jahre 1929 erschienen in den vom Bundesgesundheitsamt in Washington herausgegebenen Public Health Reports einige Artikel über die Malaria.

Barber und Komp (Public Health Report 22 (1929) erklären die Zunahme dieser Krankheit in einigen Orten einerseits als Folge der künstlichen Bewässerung der Felder im Südwesten des Landes (Neu-Mexiko, Texas, Arizona, Kalifornien). Hier finden die Anopheles-Mücken in den feuchten Wiesen, in Gräben und Kanälen ideale Bedingungen für eine rasche Vermehrung. Andererseits schleppen viele Zuwanderer Parasiten in dieses Gebiet ein.

Beide Malariaforscher untersuchten 1517 Infizierte der Südstaaten auf die Art der Plasmodien (Public Health Report 34 (1929)).

In der weißen Bevölkerung fanden sie Plasmodium vivax mit 59 Prozent an erster Stelle liegend, es folgte Plasmodium falciparum mit 41 Prozent. Für die schwarze Bevölkerung gaben sie letzteres mit 66 Prozent und ersteres mit 34 Prozent an.

Bei den Weißen trat im Frühjahr gehäuft Plasmodium vivax auf, im Herbst dagegen Plasmodium falciparum; dieser jahreszeitliche Unterschied im Auftreten der Erreger war bei den Schwarzen geringer ausgeprägt.

Außerdem vertraten Barber und Komp die Ansicht, daß das Plasmodium vivax den Winter leichter überlebe und gegen eine Behandlung resistenter sei als das Plasmodium falciparum.

Williams schrieb über Vorsorgemaßnahmen (Public Health Report 1929,23) und empfahl zur Malariabekämpfung für ländliche Gebiete die sehr billige und wirksame maschinelle Zerstäubung einer Mischung von Pariser (Schweinfurter) Grün mit Kalkstaub.

Die in den Städten angewandte Vernichtung der Anopheles mit Öl sei für die Farmen zu kostspielig.

Weiter schlug er vor, die Häuser für ca. 8 Dollar mit einem widerstandsfähigen Baumwollpapier vor Witterungseinflüssen zu schützen. Als medikamentöse Prophylaxe empfahl er die einmalige Einnahme von 0,5 cg Plasmochin, weil die Anophelesmücken den Menschen dann nicht mehr infizieren könnten.

Über die Verbreitung der Malaria machte Barker nähere Angaben (Public Health Report 1929,43). Ihre anfängliche Verbreitung über das ganze Land und der Rückgang im Norden ist an folgenden Zahlen zu erkennen:

das Generalhospital in Boston behandelte			
von 1884 bis 1893	227	Malariafälle,	
von 1894 bis 1903	473	" "	,
von 1924 bis 1928	9	" "	,
das Johns-Hopkins-Hospital in Baltimore			
von 1889 bis 1894	616	Malariafälle,	
von 1895 bis 1900	609	" "	,
von 1920 bis 1925	24	" "	.

Der 38. Breitengrad gilt als Ausbreitungsgrenze für die Malaria. Nördlich davon ist sie bedeutungslos geworden, südlich dieser Grenze tritt sie stets endemisch auf, "doch

zeigt sich auch hier eine große Abnahme, die nur im Mississippi durch die Überschwemmung 1927 kurz unterbrochen wurde..." (91).

Der Rückgang zeigt sich laut Barker an der "Abnahme der Plasmodienträger auf ein Siebtel bis ein Viertel in der Zeit zwischen 1915 und den letzten Jahren" (92).

Als Ursache für den Rückgang der Malaria nennt Barker das geringere Vorkommen der Mücken durch Bodenkultur und Drainage, den erhöhten Verbrauch des billiger gewordenen Chinins, Maßnahmen zur "Trockenlegung von Häusern und Ställen, verbesserte Lebensbedingungen der Bevölkerung und nicht zuletzt eine abgeschwächte Virulenz der Parasiten. Barker vertritt die Meinung, daß vielleicht nur das Chinin für den Rückgang der Malaria von Bedeutung sei, denn "bei den großen Seen seien die Sümpfe und die Anopheles noch da, aber die Malaria sei verschwunden, in der Reisregion von Arkansas und Louisiana sei die Anopheles, die dort seit mehr als 25 Jahren heimisch sei, nicht seltener geworden, wohl aber die Malaria, in Elsberry in Missouri sei mit der Einführung der Reiskultur vor fünf Jahren der Moskito viel zahlreicher geworden, aber eine Zunahme der Malaria habe sich nicht eingestellt ... Eine Abnahme der Virulenz sei nicht wahrscheinlich, da immer wieder sehr schwere Fälle, besonders bei den Weißen vorkommen" (93).

Mit ausschlaggebend für die Abnahme der Malaria seien vielmehr noch die verbesserten wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse.

2.2.6. Verschiedenes

2.2.6.1. Die Entwicklung des Arztberufes

Zur Zeit der nordamerikanischen Kolonien gab es nur wenige ausgebildete Ärzte, die in Europa studiert hatten. Meistens übten die Geistlichen den Arztberuf aus.

Die wenigen Ärzte und die Geistlichen gaben ihre Kenntnisse an Lehrlinge weiter. Das hatte zur Folge, daß im Jahre 1800 "nur 10 Prozent aller den ärztlichen Beruf ausübenden Personen eine Ausbildung durch Fachschule oder Universität hatten" (94).

Um diese Mißstände zu beseitigen, schlossen sich Ärzte zu medizinischen Gesellschaften zusammen. Ihnen wurde das Recht verliehen, "Prüfungen abzuhalten und den Doktorgrad zu verleihen."

Aus diesen medizinischen Gesellschaften entstanden die Medizinschulen. Mit der Zeit wuchs ihre Zahl auf mehrere Hundert, es gab allein 460, die ein "Charter" erlangten, d.h., sie waren staatlich anerkannt und durften Diplome verleihen.

Die American Medical Association (gegründet 1847) und die Association of American Medical Colleges (gegründet 1891) bekämpften diese Auswüchse ohne nennenswerten Erfolg.

Erst als die Harvard-Universität im Jahre 1882, gefolgt von der 1892 gegründeten Johns-Hopkins-Universität einen vierjährigen Lehrgang zur Ausbildung von Ärzten abhielt, konnte von Anfängen einer einheitlichen Ausbildung gesprochen werden.

Das Council on Medical Education and Hospitals wurde 1904 von der American Medical Association gegründet und stellte erstmals gewisse Mindestanforderungen an die Mediziner Ausbildung und beaufsichtigte die Ärzteschulen.

Von diesem Zeitpunkt an waren immer mehr Fortschritte in der Qualität der Ausbildung zu verzeichnen, die Zahl der schlechten Medizinschulen nahm stetig ab.

2.2.6.2. Einkommen der Ärzte

Im Jahre 1931 ermittelte die West Virginia Medical Association durch eine Umfrage bei ihren Mitgliedern deren jährliches Einkommen. Das höchste Einkommen mit 72000 Mark hatten ein Chirurg und ein praktischer Arzt, das niedrigste mit 1680 Mark ein Landarzt, der seit 24 Jahren berufstätig ist.

Das Durchschnittseinkommen beträgt für einen Stadtarzt 26200 Mark, für einen Landarzt 17600 Mark, für einen festangestellten Arzt (z.B. in Fabriken) 17000 Mark (95).

2.2.6.3. Todesursachen von Ärzten

Im Jahre 1921 starben in den Vereinigten Staaten und Kanada von 160000 Ärzten 2300, das entspricht einer Sterblichkeit von 14,65 pro Tausend. Die meisten starben im 66. Lebensjahr, einer wurde 101 Jahre alt. Zum Tode führte bei 426 Ärzten ein Herzleiden, bei 128 ein Karzinom, bei 97 ein Unfall, bei 19 Mord, bei 69 Selbstmord. Wegen Mordes wurde ein Arzt auf dem elektrischen Stuhl hingerichtet (96).

Die Selbstmorde von Ärzten werden an anderer Stelle allein für die Vereinigten Staaten mit 86 angegeben (für das Jahr 1921) und mit der Häufigkeit in anderen freien Berufen verglichen: im gleichen Jahr nahmen sich 57 Rechtsanwälte, 37 Finanzleute und 21 Geistliche das Leben (97).

Im Jahr 1922 starben in den Vereinigten Staaten von 146000 Ärzten 2588, somit betrug die Sterblichkeit 17,73 pro Tau-

send. Wie im Vorjahr starben die meisten Ärzte, nämlich 88, mit 66 Jahren. Das Alter der Verstorbenen schwankte zwischen 25 und 100 Jahren, 31 Ärzte waren unter 30 Jahre alt, 35 über 90 Jahre alt.

Herz- und Gefäßkrankheiten standen mit 509 Todesfällen an erster Stelle der Todesursachen, es folgten 234 Tote durch Gehirnblutungen, 180 durch Pneumonie, 154 durch Karzinome und Sarkome; mit weitem Abstand folgten verschiedene andere Krankheiten. 125 Ärzte ließen bei Unfällen aller Art ihr Leben und 15 wurden ermordet (einer von einem wahnsinnigen Patienten, ein anderer von einer Krankenschwesterin).

Selbstmord verübten 55 Ärzte, "29 durch Erschießen, drei durch Ertränken, zwei durch Gas, drei hängten sich auf und drei sprangen aus hochgelegenen Fenstern" (98).

Im Jahre 1925 starben in den Vereinigten Staaten und ihren Besitzungen von 147000 Ärzten 2532, was einer Sterblichkeit von 17,22 pro Tausend gleichkommt. Die Verstorbenen wurden 25 bis 107 Jahre alt, die höchste Todesrate lag im siebten Lebensjahrzehnt. Die Todesfälle verteilten sich wie folgt auf die Lebensjahre: es "starben 21 unter 30 Jahren, 119 zwischen 31 und 40, 368 zwischen 41 und 50, 560 zwischen 51 und 60, 665 zwischen 61 und 70, 489 zwischen 71 und 80, 207 zwischen 81 und 90, 18 zwischen 91 und 100, einer im Alter von 107 Jahren" (99). Die meisten Ärzte (243) starben im August, die wenigsten (155) im Dezember.

Wie schon in den früheren Jahren forderten Herz- und Kreislauferkrankungen die meisten Opfer (872), es folgten Krankheiten der Atmungsorgane mit 278 Toten (226 durch Pneumonie), 26 Tote gab es durch Influenza, 161 durch Nierenleiden und 108 durch Erkrankungen der Verdauungsorgane (davon 33 an Appendizitis), jeweils einen Toten forderte der Alkohol und die Pellagra.

83 Unglücksfälle endeten tödlich (40 Autounfälle), 59 Ärzte begingen Selbstmord (fünf durch Gift, 30 durch Erschießen) und drei wurden ermordet (100).

Von H. Emerson und H. E. Hughes gibt es eine Untersuchung über "die Todesursachen der 1925 gestorbenen weißen amerikanischen Ärzte". Sie besagt im Gegensatz zu der oben detaillierten Aussage über die Todesursachen, daß sie bei 16,9 Prozent der Verstorbenen unbekannt sei. Die Untersuchung zeigte außerdem, daß für das Alter von 25 bis 44 Jahren und ab 65 Jahre aufwärts die Todesrate der Ärzte niedriger war, als die Gesamttodesrate der arbeitenden männlichen Bevölkerung. Für beide Personengruppen wurde im Alter von 45 bis 64 Jahren eine ähnliche Todesrate ermittelt.

Der Tod durch Herzkrankheiten, Lungenentzündung und Diabetes kam bei den Ärzten bedeutend häufiger vor als bei allen anderen männlichen Personen (101).

Im Jahre 1926 starben in den kontinentalen Vereinigten Staaten 2677 Ärzte im Durchschnittsalter von 62,8 Jahren. 36 Ärzte verunglückten tödlich mit dem Auto, 37 begingen Selbstmord. Immer noch führten Erkrankungen des Herzens am häufigsten zum Tode, "...doch konnte A. S. Hyman kürzlich zeigen, daß den Herzkrankheiten der Ärzte keine Besonderheiten zukommen, die sich aus ihrem Beruf erklären könnten" (102).

Der eben schon erwähnten häufigsten Todesursache folgten "Hirnblutungen, Lungenentzündung, Nephritis und Krebs in der angegebenen Reihenfolge" (103).

Im Jahre 1929 starben in den Vereinigten Staaten 2727 Ärzte, darunter 65 Frauen und 824 Neger, im Durchschnittsalter von 64,9 Jahren. Neben den tödlichen Krankheiten (1. Herzerkrankungen, 2. Lungenentzündung, 3. Hirnblutungen, 4. Nierenerkrankungen, 5. Krebs), 202 Unglücksfällen (65 mit dem Auto),

47 Selbstmorden (am häufigsten durch Erschießen) zählten 10 Morde (6 durch Patienten begangen) zu den Todesursachen (104).

2.2.6.4. Kurpfuscher und Quacksalber

Ein nicht näher bezeichnetes Quacksalbertum breitete sich stetig im Lande aus.

Im Jahre 1924 "finden es die Ärzte angebracht, in die Öffentlichkeit zu treten und darauf hinzuweisen, was die wissenschaftliche Medizin geleistet hat. Die großen Tageszeitungen bringen wenigstens wöchentlich allgemein verständliche Aufsätze, und die ärztlichen Vereine gründen "lecture bureaus", in denen berufene Redner Vorträge halten ... auch darüber, daß die Abnahme von Krankheiten und Sterblichkeit nur der Tätigkeit der wissenschaftlichen Medizin zu verdanken ist. (105).

Das von E. Simon angesprochene Problem der Quacksalberei greift auch W. A. Pusey im Jahre 1924 in der Juni-Sitzung der Jahresversammlung der American Medical Association auf. Er hält "den Kampf gegen das Kurpfuschertum und gegen die Fanatiker, die den Fortschritt der Heilkunde auf alle Weise zu hemmen suchen" für eine wichtige Aufgabe des heutigen Arztes und fordert eine eingehende Aufklärung der Bevölkerung "über den Unwert der Quacksalberei und der verschiedenen 'Kulte', wie sie ja in Amerika und auch anderswo als Christian Science, Theosophie, Anthroposophie usw. blühen" (106). Nicht nur unter den Laien, sondern auch in der Ärzteschaft seien allerlei Auswüchse festzustellen, die ebenso energisch bekämpft werden müßten.

Neben der Presse und den "lecture bureaus" sind 'Gesellschaften, wie die der 'Friends of Medical Progress' ins Leben ge-

rufen" worden, um "diese Kulte, die auf emotioneller Basis und pseudowissenschaftlichen Behauptungen aufgebaut sind" (107) zu bekämpfen.

Eines der größten amerikanischen Versandhäuser aus Chicago, das seine Kataloge überwiegend an Millionen von Kunden auf dem Lande verschickt, bot seiner Kundschaft als neuesten "Kundendienst" gegen Vorauszahlung einer ansehnlichen Summe an, ihren Urin regelmäßig untersuchen zu lassen.

Zur Überprüfung der Seriosität dieses Angebotes ließ die American Medical Association schon untersuchten und als völlig normal bewerteten Urin von fünf Personen durch das Versandhaus analysieren. "Die fünf Antworten, welche eintrafen, waren fast gleichlautend, die Analysen zum Teil falsch, zum Teil ungenau, begleitet von lächerlichen Rat-schlägen für die,Einsender" (108).

Aufgrund der Veröffentlichung dieser falschen Ergebnisse durch die American Medical Association (A.M.A.) stellte das Versandhaus diese Urinuntersuchungen ein. "Nebenbei hatte sich bei der Untersuchung der Angelegenheit durch die A.M.A. herausgestellt, daß nicht das eigene Laboratorium der Firma, sondern ein zweifelhaftes Laboratorium in einer anderen Stadt die Untersuchungen ausführte, dessen Direktor in der Kartothek des Untersuchungsbüros der A.M.A. als Quacksalber wohlbekannt war" (109).

Ebenfalls auf Betreiben der A.M.A. wurde dem notorischen Kurpfuscher Norman Baker das Handwerk gelegt. Er hatte unter anderem als Schlosser, Reisender und Varietékünstler mit hypnotischen Vorführungen sein Geld verdient. Zuletzt pries er über seinen eigenen Rundfunksender und andere vielfältige Reklame diverse Heilmittel für Krebs an. Der Vertrieb dieser Mittel brachte ihm pro Monat 75000 Dollar ein. Der Verdienst ging auf 7000 Dollar zurück, nachdem

die American Medical Association Baker als "Kurpfuscher und Scharlatan" gebrandmarkt hatte.

In einem vier Wochen dauernden Prozeß gegen die A.M.A. gelang es ihm nicht, die Wirksamkeit seiner Präparate zu beweisen. " Die von Baker als 'Experten' geladenen Ärzte und Forscher entpuppten sich vor Gericht als sehr zweifelhafte Persönlichkeiten (einer war ein Kohlenarbeiter) und die von ihm vorgebrachten Heilungen als vollkommener Schwindel"(110). Seine 500000-Dollar-Schadenersatzklage wurde abgewiesen.

Der Titel- und Diplomhandel verursachte in St. Louis einen Skandal. Im Jahre 1925 wurden dort in den Zeitungen namentlich 55 Ärzte angeprangert, die ihr Diplom auf unrechtmäßige Weise erworben hatten (111).

Unseriöse Geschäfte mit käuflichen Titeln betrieb ein Dr. Carl Hildebrand aus Berlin im Staate Dakota. Er betrieb bis zur Schließung durch den höchsten Gerichtshof des Staates eine sogenannte Diplomfabrik unter dem Namen "National University of South Dakota" und verkaufte Titel aller Art (112).

2.2.6.5. Die Rockefeller-Foundation

Der Jahresbericht der Rockefeller-Foundation von 1925 vermittelt einen Einblick in das weltweite Engagement der Stiftung auf verschiedenen Gebieten.

In dem genannten Jahr wurden unterschiedliche Projekte mit sechzig Millionen Mark unterstützt. Der größte Teil des Geldes war für hygienische Maßnahmen bestimmt; er floß den Hygienischen Instituten in Toronto, Budapest, Prag, Warschau und der Johns-Hopkins-University zu, die schon mit Mitteln der Stiftung gebaut worden war.

In China bekamen viele nach amerikanisch-europäischem Muster gebaute Krankenhäuser finanzielle Unterstützung. Die Medizinschule in Peking wurde mit dem ihr angegliederten Krankenhaus vollständig mit Geldern der Rockefeller-Foundation erhalten.

Der Kampf gegen verschiedene Krankheiten wurde ebenfalls großzügig finanziert. Malaria, Gelbfieber und Ankylostomiasis spielen hier eine besondere Rolle.

Die Stiftung ermöglichte ethnographische, folkloristische und anthropologische Studien, "842 Biologen und Ärzte aus 44 verschiedenen Ländern stammend, erhielten 1925 sogenannte Fellowships, d.h. Stipendien zu Reise- oder anderen Studienzwecken ...", ebenso wurden "vielen Forschungsanstalten, besonders im verarmten Europa die Anschaffung von Büchern, Zeitschriften und Apparaten" finanziert.

Eine relativ neue Aufgabe in dem breitgefächerten Betätigungsfeld ist die Herausgabe eines biologischen Zentralblattes, "... das über die etwa 40000 Arbeiten berichtet, die alljährlich in mehr als 5000 Zeitschriften, Gesellschafts- und Kongreßberichten zerstreut erscheinen" (113).

2.2.6.6. Die Prohibition

Am 1.1.1920 trat mit dem Volstead-Akt ein totales Verbot von Alkoholherstellung, -konsum und -handel für die Bürger der Vereinigten Staaten in Kraft.

Eine Ausnahme sah dieses Gesetz, das für alle Einzelstaaten Gültigkeit besaß, vor: "Nur den Ärzten ist es gestattet, unter gewissen Bedingungen und Formalitäten Alkohol für medizinische Zwecke zu verordnen" (114). Auf Antrag erhält der Arzt vierteljährlich ein Rezeptbuch mit hundert Formularen.

Pro Rezept darf er einen halben Liter Alkohol, z.B. Whisky oder Kognak verschreiben. Der Name des Patienten und dessen Krankheit müssen auf dem Rezept vermerkt sein. Frühestens nach zehn Tagen kann der Kranke ein neues Rezept bekommen.

Hauptsächlich werden Influenza, Lungenentzündung und Infektionskrankheiten, seltener Magen-, Darm- und Herzleiden, Diabetes und Shok mit Whisky therapiert.

Bei Laktation, Anämie und Dyspepsie soll Bier, das aber nicht verschrieben werden kann, angebracht sein.

Zwei Jahre nach Inkrafttreten der Prohibition wurden ca. 60000 Ärzte nach ihrer Meinung über die medizinische Wirksamkeit des Alkohols befragt.

51 Prozent sprachen dem Whisky eine Heilwirkung zu, 49 Prozent hielten ihn für therapeutisch überflüssig. Dem Bier sprachen 26 Prozent eine heilende Wirkung zu, 74 Prozent verneinten sie. 20 Prozent der Befragten vertraten die Meinung, "daß viel unnötiges Leiden durch rechtzeitige Anwendung von Alkohol verhindert werden könne" (115). Einige behaupteten sogar, daß Todesfälle nicht eingetreten wären, wenn der Patient rechtzeitig Alkohol bekommen hätte.

Die Befürworter der "Medizin Alkohol" leben überwiegend in den Großstädten, ihre Gegner hingegen auf dem Lande.

J.P. zum Busch berichtet ebenfalls über die Umfrage zum Alkoholverbot. Die gestellten Fragen lauten unter anderem: "Sind Sie praktischer Arzt oder welche Spezialität üben Sie aus?, Betrachten Sie Whisky, Bier oder Wein als notwendige Mittel des Heilverfahrens?, (Whisky schließt auch andere Spirituosen ein), Sind in Ihrer eigenen Praxis Fälle vorgekommen, wo durch das Alkoholverbot unnötiges Leiden oder gar der Tod verursacht wurde?, Wie oft im Monat haben

Sie seit dem Alkoholverbot Alkoholika verschrieben?, Verbietet Ihr Staat das Verschreiben von Alkohol?, Halten Sie es für richtig, daß der Arzt in dieser Weise beschränkt wird?, Sollen Ärzte Ihrer Meinung nach überhaupt in der Verschreibung von Bier, Wein und Spirituosen beschränkt sein?" (116)

Nach seinem Bericht wurden 53000 Ärzte befragt, das sind 37 Prozent aller Ärzte, die in den Vereinigten Staaten registriert sind. Den Fragebogen beantworteten 31115 (58 Prozent) Ärzte.

Ergänzend zu dem oben schon dargelegten Umfrageergebnis sei hier noch erwähnt, daß sich viele Ärzte "gegen jede Beschränkung der Ärzte in der Verordnung der Alkoholika jeder Art" ausgesprochen haben. Eine nicht genannte Anzahl von Ärzten sieht in dem jetzigen Gesetz eine Vorsorge für Epidemien außer acht gelassen.

Zwei Prozent aller Ärzte halten die bewilligten 100 Whiskyrezepte für 50 Liter für nicht ausreichend; dagegen sprach sich eine große Anzahl der Befragten für eine Begrenzung der Rezepte aus.

Viele Ärzte halten es für begrüßenswert, wenn der Staat selbst die Durchführung dieses Gesetzes überwachen würde "und nur versiegelte Flaschen von bestimmter Qualität und Inhalt abgäbe" (117).

Mit einer anderen Seite des Alkoholverbotes sehen sich meist finanziell nicht gut gestellte Ärzte konfrontiert. E. Simon schreibt dazu: "... aber wie oft wird nicht Alkohol verordnet, wo er nicht nötig ist. Jeder Arzt weiß, daß oft genug Patienten zu ihm kommen in der Absicht, ihren Whisky verschrieben zu erhalten, und weigert man sich nun, so geht der Betreffende eben zu einem anderen Arzt, der seinen Wünschen

mehr entgegenkommt. Der Durchschnittsarzt kann sich überhaupt nicht weigern, Whisky zu verordnen, wo dies gewünscht wird, will er nicht einen großen Teil seiner zahlungskräftigen Kundschaft verlieren, nämlich gerade die Leute, bei denen der hohe Preis eines solchen Rezeptes, gewöhnlich drei Dollar, nichts ausmacht" (118).

Dieses Problem unterstreicht J.P. zum Busch mit folgenden Worten: "... und daß eine ganze Anzahl gewissenloser Elemente des Ärztestandes aus ihrem Sprechzimmer eine Art 'Bar' machen" (119).

Fünf Jahre später, im Jahre 1927, schreibt auch R.H. Jaffe, daß sich nach wie vor Ärzte, die um ihre Existenz kämpfen müssen, Nebeneinnahmen durch den Verkauf von Whiskyrezepten verschaffen.

Die ärztlichen Standesorganisationen konnten bisher zu solchen Praktiken, die strafbare Handlungen darstellen, nur energisch Stellung beziehen. Durch die verschärfte Kontrolle bei der Durchführung des Prohibitionsgesetzes wurden nun die Namen der so handelnden Ärzte bekannt. Ihnen wurde sofort das Recht, Alkohol verordnen zu dürfen, entzogen. In einigen Staaten veröffentlichte die Tagespresse oder das Journal der American Medical Association die Namen dieser Ärzte und ihr Vergehen.

Von der Veröffentlichung soll in Zukunft abgesehen werden, wenn der Beschuldigte bereit ist, freiwillig auf sein "Whiskyrecht" zu verzichten (120).

Zu einer erheblich härteren Strafe, nämlich 500 Dollar Geldbuße und vier Monaten Gefängnis, wurde ein Arzt aus Philadelphia verurteilt, der sich unrechtmäßig Alkohol verschafft hatte (121).

Eine zweite Kehrseite der Prohibition ist die außerordentlich starke Verbreitung der heimlichen Alkoholherstellung und der Genuß dieses meist minderwertigen Schnapses.

Auf diese Weise umgehen insbesondere minderbemittelte Teile der Bevölkerung das Gesetz. Weder das Gesetz noch gelegentliche Hausdurchsuchungen halten sie von der Eigenproduktion ab. E. Simon kennt in St. Louis Gegenden, "wo in jedem vierten oder fünften Haus Schnaps gebrannt wird", dazu kommen noch die, die sich Bier und Wein herstellen (122).

Im dritten Jahr der Prohibition ist ihr Erfolg immer noch umstritten. In New York ist sogar der Alkoholkonsum beträchtlich gestiegen, und im ganzen Land sind frühere Biertrinker zu Schnapstrinkern geworden, was teilweise gravierende Folgen mit sich bringt. Von Ärzten wird daher immer wieder gefordert, das Trinken von Wein und Bier wieder zu erlauben (123).

Wie tiefgreifend die Auswirkungen des Alkoholverbotes sind, wird in einigen Worten E. Simons zur Bekämpfung übermäßigen Alkoholgenußes deutlich: "Früher war das möglich und erfolgreich, heute macht das Alkoholverbot alle wirklichen Bestrebungen unmöglich."

Die Menge des von Privatpersonen heimlich gebrannten Schnapses ist nicht einmal schätzungsweise bekannt, "heimliche Brennereien gibt es in unzählbarer Menge; diese haben oftmals die Polizei im Solde" (124). Der ärztlich verordnete Alkohol hat den kleinsten Anteil am Konsum. Der durchschnittliche Verbrauch von Whisky für medizinische Zwecke wird an anderer Stelle mit sieben bis elf Millionen Litern pro Jahr angegeben (125).

Schätzungen der Regierung zum Alkoholverbrauch des letzten Jahres gehen davon aus, daß aus Kanada, England und Kuba

mindestens Schnaps im Werte von 30 Millionen Dollar in die Vereinigten Staaten geschmuggelt wurde.

Die Trinker selbstgebrannten Schnapses fügen ihrer Gesundheit den größten Schaden zu. Seine schlechte Qualität bringt es mit sich, "daß Alkoholvergiftungen in so schwerer Form vorkommen wie nie zuvor" (126).

Nach einem offiziellen Bericht starben im Vorjahr mehr als 2000 Personen durch den Genuß von giftigem Alkohol; sind in den letzten zwei Jahren allein im städtischen Krankenhaus von St. Louis ein Drittel mehr Fälle "von mehr oder weniger schwerer Alkoholvergiftung, Delirium usw." behandelt worden als vor 1920, dem Beginn der Prohibition; sind in New York von 1000 Patienten 55 Alkoholiker.

Zum Schluß heißt es in diesem Bericht, "daß die Trunksucht nie eine derartige Gefahr war wie jetzt" (127).

Es gibt im Gegensatz zu den geschilderten negativen Auswirkungen des Alkoholverbotes Stimmen, die seinen Nutzen betonen.

Nach Meinung Sir Arthur Newholmes, eines englischen Arztes, der zwei Jahre in Amerika gelebt hat, steht fest, "daß der allgemeine Wohlstand seit dem Alkoholverbot beträchtlich gestiegen ist, und daß viel mehr Geld für bessere Kleidung, Ernährung usw. ausgegeben wird als früher. Trunkenheit und die Aufnahme von Fällen von akutem Alkoholismus in den Krankenhäusern sind sehr heruntergegangen" (128).

Dieser verbesserte Lebensstandard der Bevölkerung muß nach der Ansicht R.H. Jaffes nicht notwendigerweise auf einem möglichen verminderten Alkoholkonsum aufgrund des Alkoholverbotes basieren, er kann vielmehr die Folge des großen wirtschaftlichen Aufschwunges sein, der im Jahre 1920 in den Vereinigten Staaten einsetzte (129).

Auch Bevan, Chirurg in Chicago, glaubt an den Erfolg des Alkoholverbotes und vertritt die Meinung, "daß es bereits außerordentlich viel Nutzen gestiftet hat und bei strenger Durchführung das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bevölkerung noch viel mehr heben wird" (130). Seit dem Bestehen des Verbotes habe er auf seiner Abteilung kein Delirium tremens mehr gesehen.

Über seine Untersuchungen zur Sterblichkeitsrate vor und nach der Prohibition berichtete L.J. Dublin im Jahre 1928 vor der American Public Health Association.

Er fand heraus, daß die jährliche Sterblichkeitsrate von 1901 bis 1920 durchschnittlich um einen Todesfall auf 10000 Personen abnahm und im Jahre 1920 einen so tiefen Stand wie nie zuvor erreicht hatte. Ausgenommen von dieser Entwicklung waren die Jahre 1917 und 1918, weil in diesem Zeitraum Influenzaepidemien eine hohe Sterblichkeit verursachten.

Ab 1921 begann sie wieder zu steigen, "und zwar um ungefähr soviel jährlich, als ihre Abnahme vor der Prohibition betragen hatte" (131). Die Zahl der Alkoholtoten ist acht Jahre nach Inkrafttreten der Prohibition höher als zehn Jahre zuvor.

Außerdem ist die Zahl der Patienten, "die mit alkoholischen Geistesstörungen aufgenommen werden" (132), um das Dreifache gestiegen. Der Grund dafür ist größtenteils in dem minderwertigen, oft sogar giftigen, selbstgebrannten Schnaps zu suchen.

Als Folge der Prohibition ist auch die Kriminalität in einem besorgniserregenden Maße angestiegen. Es ist ein neuer Verbrechertypus entstanden, "der sich mit dem Schleichhandel des geschmuggelten Alkohols befaßt. Er hat seine eigenen Trusts und Gesetze und seine eigenen, meist sehr dra-

stischen Methoden Meinungsverschiedenheiten auszutragen" (133). Allein in Chicago (ca. 7 Millionen Einwohner) wurden im Jahre 1926 751 Morde verübt, das ist eine Steigerung um 60 Prozent seit 1916.

Ebenfalls aus dem Jahre 1928 stammt eine Veröffentlichung des Justizministeriums der Vereinigten Staaten über Zuwiderhandlungen gegen das Alkoholverbot.

Seit seinem Bestehen wurden in 223500 Urteilen 22500 Jahre Gefängnisstrafen und mehr als 42 Millionen Dollar Geldstrafen (allein im Jahre 1926 6 Millionen Dollar) verhängt.

1319 amerikanische Schiffe wurden wegen Schmuggelverdachts kontrolliert und 320 davon mitsamt ihrer Alkoholfracht beschlagnahmt (134).

Im Jahre 1930 - zehn Jahre nach Inkrafttreten der Prohibition - veröffentlichte die Zeitschrift "The Literary Digest" das Ergebnis der von ihr veranstalteten Abstimmung über das Alkoholverbot. Von 20 Millionen Bürgern schickten 4 806 464 den Stimmzettel zurück. 1 464 098 Personen befürworteten eine strengere Durchführung des Verbotes, 1 399 314 wollten, daß Bier und Wein wieder frei erhältlich sind und 1 943 052 plädierten für die Aufhebung der Prohibition (135).

2.3. MEXIKO

2.3.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Mexiko galt kurz nach dem Ersten Weltkrieg als das Land, in welches von allen amerikanischen Ländern die Einwanderung am leichtesten möglich war.

Der deutsche Arzt konnte, ohne das mexikanische Examen zu besitzen, jederzeit und überall den Beruf ausüben. Unerlässlich war es allerdings, die Tropen- ebenso wie die Kinderkrankheiten zu beherrschen.

Von der Niederlassung in der Hauptstadt Mexikos riet P. Mühlens allerdings ab, weil dort genug ausländische Ärzte ansässig waren, "dagegen können in den tropischen Küstengebieten junge, körperlich rüstige Ärzte noch Praxis finden" (136).

Einen Totenschein durfte nur ein in Mexiko approbierter Arzt ausstellen. Um beim Tode eines Patienten nicht immer einen mexikanischen Kollegen um diesen Dienst bitten zu müssen, empfahl Mühlens allen deutschen Kollegen, das mexikanische Examen abzulegen. Es wird in spanischer Sprache von drei Prüfern abgehalten.

Voraussetzung hierfür waren die Beglaubigung der Noten des deutschen Examens und der Approbation erstens durch das Auswärtige Amt oder die Senatskommission für ausländische Angelegenheiten in Hamburg und zweitens durch den mexikanischen Generalkonsul in Hamburg oder die mexikanische Gesandtschaft in Berlin.

Im Jahre 1923 hat der Verband Deutscher Reichsangehöriger in Mexiko aufgrund der sich ständig mehrenden ärztlichen Anfragen nach Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Auswanderung die gesetzlichen Bestimmungen zusammengestellt, "denen

sich jeder fremde Arzt unterwerfen muß, ehe er das Recht der Ausübung der ärztlichen Praxis in der Republik Mexiko erhält" (137).

Danach ist jetzt das mexikanische Examen für eingewanderte Ärzte obligatorisch geworden, die wesentlichsten Punkte sind: "1. Visierung des deutschen Approbationszeugnisses seitens der 'Universidad Nacional'. Das Zeugnis muß vom Auswärtigen Amt und von einem mexikanischen Konsul beglaubigt sein und muß das vom mexikanischen Konsul beglaubigte Bild des Gesuchstellers tragen.

2. Nach erfolgter Anerkennung des deutschen Approbationzeugnisses erfolgt die Ablegung eines medizinischen Staatsexamens vor dazu ernannten Professoren der medizinischen Fakultät, das aus folgenden Teilen besteht:

a) Vorlegung einer in spanischer Sprache geschriebenen These über ein vom Kandidaten gewähltes Thema. Diese These wird von fünf Examinatoren geprüft. Sein Urteil gibt jeder Examinator in einem geschlossenen Umschlag ab und zwar mit 'Ja' oder 'Nein', d.h. bestanden oder durchgefallen. Die mexikanische Fakultät legt großen Wert auf diese Thesen nach der Pariser Fakultät, so daß sie mehr einer Habilitationsschrift gleichzuachten ist, keinesfalls aber der meistens pro forma niedergeschriebenen deutschen Doktorthese gleichkommt.

b) Ein mündliches theoretisches Examen vor den gleichen fünf Examinatoren.

c) Ein praktisches Examen vor besagten fünf Professoren, von denen einer ein innerer Kliniker, ein zweiter ein Fachchirurg, ein dritter ein Fachgeburtshelfer und Gynäkologe und die beiden anderen Examinatoren Vertreter irgendeiner der anderen Disziplinen sind, die von den mexikanischen Studenten der Medizin beherrscht werden müssen.

Bei allen diesen drei Instanzen werden je fünf Stimmen abgegeben, im ganzen also fünfzehn Stimmen, von welchen der Kandidat mindestens acht Stimmen zu seinen Gunsten haben muß, wenn er das Examen bestanden haben will. Außer den Hauptfä-

chern wie Anatomie, Innere Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe wird in den Nebenfächern nur das verlangt, was für die allgemeine Praxis unumgänglich nötig ist. Nach Bestehen des Exams wird dem Kandidaten vom sogenannten 'Consejo Superior de Salubridad' (höchste Sanitätsbehörde) die Lizenz zur freien Praxis erteilt, welche nochmals von der 'Universidad Nacional' visiert wird" (138).

Bei Nichtbestehen kann das Examen nach einem Jahr einmal wiederholt werden.

Der eingewanderte Arzt sollte außerdem 500 Dollar Bargeld mitbringen, um in der ersten Zeit leben zu können.

2.3.2. Verschiedene Krankheiten

2.3.2.1. Fleckfieber

Das Fleckfieber gehört zu den endemischen Krankheiten. Eine verheerende Epidemie suchte Mexiko-Stadt im Jahre 1915 heim. Die Bekämpfung der Krankheit verläuft seitdem erfolgreich (139).

P. Mühlens berichtet von einer erneuten Epidemie in Mexiko-Stadt im Frühjahr 1931. Die Zahl der Erkrankten wurde auf 2000 bis 3000 geschätzt, die Mortalität betrug 10 bis 20 Prozent. Dieser verhältnismäßig geringe Prozentsatz wird auf den guten Allgemeinzustand der Patienten zurückgeführt (140).

2.3.2.2. Pocken

Die Pocken fordern in Mexiko seit dem Jahre 1520 immer wieder viele Opfer. Eine gesetzliche Schutzimpfung gibt es nicht, die Zahl der freiwilligen Impfungen mit animalischer Lymphe steigt aber ständig an (141).

2.3.2.3. Gelbfieber

Das Gelbfieber war bis zum Jahr 1903, als die systematische Bekämpfung begann, besonders in den Küstengebieten Mexikos und hier wiederum in Veracruz, Progreso und Merida, den Hafenstädten der Ostküste weit verbreitet.

Durch die Bekämpfung wurde es soweit eingedämmt, daß im Jahre 1907 in Progreso und Merida nur noch je zwei Fälle auftraten, in Veracruz erkrankte niemand. Eine kleine Epidemie, die im Jahre 1920 in dieser Stadt ausbrach und fünf Monate dauerte, forderte nur wenige Opfer. Seitdem ist Veracruz gelbfieberfrei (142).

2.3.2.4. Pest

Im Jahre 1920 wurden in Veracruz 61 Pestfälle registriert. Später kam es auch in Tampico zu einigen Erkrankungen. Die Pest wurde vermutlich von New Orleans eingeschleppt (143).

2.3.2.5. Onchocerca Caecutiens (sog. Erblindungskrankheit)

Die *Onchocerca caecutiens* ist eine in den ersten Jahren - außer den meistens unter der Kopfhaut lokalisierten "Filarieublen" - harmlose, ohne wesentliche klinische Symptome verlaufende Infektion mit *Onchocerca*-Filarien.

In späteren Jahren treten oft Augensymptome (Lichtscheu mit Tränen der Augen, stechende Augenschmerzen, Flimmern, Trübungen und bewegliche Schatten vor Augen, verminderte Sehkraft und ein eigenartig charakteristischer Glanz der Augen, wie er oft bei Angetrunkenen und manchmal bei Flecktyphuskranken vorkommt) auf.

Die Krankheit wurde von Robles in Guatemala entdeckt.

Im Jahre 1923 wurde ihr Auftreten in den an Guatemala angrenzenden süd mexikanischen Staaten erstmals vermutet. Einige Jahre später belegten Untersuchungen mexikanischer Ärzte, daß die Krankheit in den Staaten Chiapas, Oaxaca und Guerrero sehr stark verbreitet ist. Nach Carlos C. Hoffmann u. a. sind im Jahre 1930 nur 10 bis 20 Prozent der Kaffeeplantagenbewohner Mikrofilarienträger, im Jahre 1931 sind es schon 70 bis 90 Prozent, in vereinzelt Fincas waren alle Bewohner infiziert.

Die Übertragung der *Onchocerca caecutiens* erfolgt durch sogenannte Simulien (Kriebelmücken) - in Mexiko sind es vor allem *Eusimulium mooseri* Dampf - die vorwiegend in Kaffeeanbaugebieten leben. Deshalb heißen sie auch "Kaffeefliegen".

Die lebenden Mikrofilarien = Filarienlarven wurden unter anderem in Filarienbeulen und deren Umgebung, in Nacken- und Hornhaut und in Kammerwasser nachgewiesen, sogar noch sechs Monate nach Beulenexstirpation. Eine wirksame Therapie gibt es bisher noch nicht, sie beschränkt sich auf systematische Ermittlung der Filarienbeulenträger und der operativen Entfernung der Beulen (144).

2.3.3. Verschiedenes

2.3.3.1. Behring-Feier

Am 7. April 1927 wurde im Ehrensaal der Universität von Mexiko eine Büste Emil von Behrings feierlich enthüllt, einem der Ehrendoktoren der Universität (145).

2.4. KOLUMBIEN

2.4.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Die besten Voraussetzungen zum Aufbau einer Praxis findet der eingewanderte Arzt in den Städten Bogota, Cartagena, Baranquilla, Cúcuta und Túcaco.

Die vom kolumbianischen Generalkonsul in Berlin beglaubigte Approbationsurkunde des deutschen Arztes ist die Voraussetzung für die Niederlassung. Ein einheimisches Examen wird vom Ausländer nicht verlangt.

Für den Arzt ist es aber unerlässlich, die spanische Sprache und die Tropenkrankheiten zu beherrschen. Es soll auch üblich sein, "daß der europäische Arzt selbst die Medikamente hält und die Rezepte anfertigt" (146).

Bis zum Jahre 1929 sind in Kolumbien nur vereinzelt deutsche Ärzte tätig. Obwohl die Regierung die Einwanderung der Ärzte aus Deutschland nicht ungern sieht, müssen sie seit kurzem das kolumbianische Examen ablegen.

Da kein Ärztemangel besteht, außer an hochqualifizierten Spezialisten, ist diesen Kolumbien durchaus zu empfehlen (147).

2.4.2. Verschiedene Krankheiten

Weit verbreitet sind Haut- und Geschlechtskrankheiten, relativ oft treten Malaria, Dysenterie und Lepra auf.

Gelbfiebererkrankungen sind rückläufig. Schwarzwasserfieber kommt hie und da vor. Typhus tritt endemisch auf und ist besonders für Einwanderer gefährlich (148).

2.5. VENEZUELA

2.5.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Nach Informationen vom November 1919 ist es für einige deutsche Ärzte, bevorzugt Chirurgen, Gynäkologen und Dermatologen, möglich, sich in Venezuela niederzulassen.

Die Hauptstadt Caracas mit einer verhältnismäßig großen deutschen Kolonie und die Städte Ciudad Bolivar, Barcelona, La Guaira, Puerto Cabello, Valencia, Maracaibo und San Cristobal bieten die besten Voraussetzungen dafür.

Von eingewanderten Ärzten wird ein Examen in spanischer Sprache verlangt, das für Deutsche nicht leicht sein soll (149).

2.6. PERU

2.6.1. Auswanderung deutscher Ärzte

In Peru sind die Aussichten für fremde Ärzte schlecht, weil genügend einheimische Ärzte vorhanden sind.

Ausländische Ärzte müssen dasselbe Examen wie ihre einheimischen Kollegen ablegen, bevor sie praktizieren dürfen.

Die Examensgebühren sind sehr hoch (150).

2.7. BRASILIEN

2.7.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Nach einer Information vom November 1919 wird niemandem die Einwanderung nach Brasilien erlaubt.

Deutsche Ärzte werden davon unabhängig auch nicht benötigt, weil schon genügend von ihnen im Lande ansässig sind.

Bei Lockerung der Einwanderungsbestimmungen können vielleicht die Aussichten für deutsche Ärzte, sich niederzulassen, entsprechend der Zahl der deutschen Einwanderer steigen.

Generell sind die Küstengebiete mit größeren Städten wie Porto Alegre, Rio Grande und Pelotas für eine Niederlassung ungeeignet, weil ausreichend viele Ärzte vorhanden sind, es sei denn, es kann eine Praxis übernommen werden.

In den genannten Gebieten besteht außerdem für jeden nicht in Brasilien approbierten Arzt die Gefahr, daß ihm die Ausübung des Berufes untersagt wird.

Im Landesinneren stellen sich die Verhältnisse etwas günstiger dar; speziell in Orten bis zu 3000 Einwohnern kann sich ein deutscher Arzt eine Existenz schaffen: "Ein Arzt, der sich daselbst niederläßt, muß, wie die dortigen biederen einfachen deutschen Eingeborenen, in den primitivsten Verhältnissen leben können, körperlich rüstig und äußerst tatkräftig, gut zu Pferde, praktisch veranlagt und selbstverständlich medizinisch gut geschult sein" (151).

Eine andere Information besagt wenige Monate später, daß "die Staaten Rio Grande do Sul und Goyaz die Niederlassung von Ärzten ohne brasilianisches Examen gestatten" (152).

Trotzdem wird empfohlen, dieses Examen abzulegen, und mit einem gewissen finanziellen Polster ausgestattet zu sein. Als Minimum für einen alleinstehenden Arzt werden zehn Contos de reis genannt.

Der Lebensunterhalt wird im November 1919, bescheidene Ansprüche vorausgesetzt, mit 16 Contos = 160 000 Mark pro Jahr für das Stadtleben und sechs bis sieben Contos = 60 000 bis 70 000 Mark für das Landleben veranschlagt.

Eine andere Empfehlung zu einem etwas späteren Zeitpunkt geht vom einem Conto pro Monat in der Stadt und der Hälfte auf dem Lande aus.

2.7.2. Verschiedene Krankheiten

2.7.2.1. Ankylostomiasis

Die Ankylostomiasis ist besonders auf dem Lande weit verbreitet und wird oft mit Malaria verwechselt (153).

2.7.2.2. Malaria

Die Malaria ist fast im ganzen Land endemisch. Die großen Städte sind meistens frei von ihr, am Amazonas und anderen Flußmündungen tritt sie gehäuft und in schwerer Form auf (154).

2.7.2.3. Pocken

Die Pocken fordern nach wie vor viele Opfer (155).

2.7.2.4. Chagassche Krankheit

Die sogenannte Chagassche Krankheit, eine menschliche Trypanosomiasis, tritt im Staate Minas auf (156).

2.7.2.5. Typhus

Typhuserkrankungen sind in Brasilien sehr selten (157).

2.7.2.6. Tuberkulose

Die Tuberkulose ist sehr weit verbreitet.

In Rio de Janeiro werden hygienische Maßnahmen großen Ausmaßes betrieben. In Fabriken, Friseursalons usw. hängen große Tafeln mit Hinweisen zur Vermeidung und der Aufforderung, "beim Ausspucken nur die überall stehenden Einheits-Spucknapfe zu benutzen. Diese besitzen behufs Erleichterung der Prozedur einen Stiel von ca. 50 cm Höhe" (158).

Die Disposition zur Tuberkulose wird hauptsächlich auf eine unsachgemäße Ernährung zurückgeführt. Diese besteht in erster Linie aus stark kalkarmen und die Kalkretention verhindernden Lebensmitteln wie Bohnen, Reis und Fleisch. Außerdem werden kalkreiche Gemüse, Kartoffeln, Rüben, Bananen und Orangen viel zu wenig verzehrt.

2.7.2.7. Syphilis

Als "medizinisch-soziale Großtat" bezeichnet Prof. Umber die Bekämpfung dieser Krankheit durch das Institut Gaffrée e Guinle.

Seit dem Jahre 1923 setzt sich die reiche brasilianische Familie dafür ein, die Syphilis und andere venerische Erkrankungen zu erforschen, zu heilen und die Prophylaxe zu betreiben.

Das dreistöckige Hospital im Korridor- und Pavillonstil "steht in Verbindung mit einem höchst opulent ausgestatteten Forschungsinstitut, das geradezu beneidenswerte Laboratorien, Tierställe und Operationsräume enthält" (159).

Im Erdgeschoß gibt es vierzehn Laboratorien und ihre Zentrale. Im ersten und zweiten Stock stehen ca. 300 Betten für die stationäre Behandlung der Patienten zur Verfügung. An Syphilis erkrankte Schwangere werden in der "Maternitá" betreut.

Einige Zahlen geben einen Einblick in die Arbeit der Stiftung: im Jahre 1926 wurde sie von eineinhalb Millionen Menschen konsultiert, im August 1927 kamen 133 232 Patienten (davon waren 20 098 an Tripper erkrankt). In diesem Monat zählte man in Rio de Janeiro 3 100 Neuerkrankungen, es wurden 9 131 Salvarsan- und 22 811 Wismutinjektionen und 30 660 Quecksilberapplikationen verabreicht.

Die Brasilianer, Frauen wie Männer jeden Alters und aller Gesellschaftsschichten, halten die Syphilis weniger für eine erworbene als vielmehr für eine ererbte Krankheit, deren sie sich nicht schämen müssen. Folglich kommen die Kranken aus eigenem Antrieb zur Behandlung, sie drängen sich sogar danach.

Diese Tatsache wirkt sich bei der Bekämpfung vorteilhaft aus.

2.7.2.8. Lepra

Die Zahl der Leprakranken wird auf mehr als 50 000 geschätzt, die Krankheit tritt besonders im Landesinneren auf.

In allen größeren Städten gibt es Lepraheime. Es ist geplant, eine Leprakolonie auf einer Insel zu errichten.

Einige brasilianische Ärzte halten die Übertragung der Lepra durch Mücken für möglich, dagegen findet die Meinung Eapozels, zwischen Lepra und Syringomyelie bestünden Zusammenhänge, keine Anhänger (160).

2.7.2.9. Gelbfieber

Gelbfieber tritt nach P. Mühlens nur noch selten auf. Südlich von Bahia gibt es keine Erkrankungen mehr, nördlich davon treten in größeren Hafenstädten einzelne Fälle oder kleine Epidemien auf, ebenso in den Amazonasstädten Pará und Manaos (161).

Das Gelbfieber hatte um 1900 noch so verheerende Folgen, daß z.B. "im Hafen von Santos fünfundneunzig Schiffe tot lagen, deren Besatzung dem gelben Fieber zum Opfer gefallen war" (162).

Die Erforschung dieser Krankheit wird im Institut Oswaldo Cruz in einer speziellen Gelbfiebersuchstation an Affen unermüdlich betrieben (163).

Hier wird auch ein Impfstoff aus "Extrakten von Leber, Milz und Nieren infizierter Affen mit 2%igem Formol und 1/2%igem Phenol für Schutzimpfungen hergestellt" (164).

Circa 25000 Bewohner Rio de Janeiros wurden bisher prophylaktisch geimpft, leider aber nicht mit dem erhofften Erfolg (165).

Im Gegensatz zu P. Mühlens schreibt A. Jakob, daß das Gelbfieber dank der konsequenten Mückenbekämpfung seit dem Jahre 1907 völlig ausgestorben sei. Im Jahre 1929 trat es in Rio de Janeiro wieder in Erscheinung. Die Krankheit konnte aber durch die rasche Diagnose aufgrund der Leber- und Nierenveränderungen, die Roche - Lima schon 1912 als pathognomisch für Gelbfieber erkannt hatte, im Keime erstickt werden. P. Mühlens gab die Anzahl der erkrankten Personen bis zum 4.9.1929 mit 106 an, wovon 54 verstarben (166).

Als ein anderes diagnostisches Kriterium für Gelbfieber gab Costa Cruz den erniedrigten Alexingehalt im Blut von Erkrankten an (167).

Über das Gelbfieber macht J.F. Dohmann folgende Angaben: Trotz intensiver Bekämpfung ist es im Nordosten Brasiliens noch nicht ganz ausgerottet. In Rio de Janeiro dagegen ist es seit 1909 nicht mehr aufgetreten.

Am 31.5.1928 wird offiziell bekanntgegeben, daß in Rio wieder ein Fall von Gelbfieber aufgetreten ist.

Durch den heißen Sommer, die seinerzeit in Rio de Janeiro herrschende Moskitoplage und die große Anzahl von eingewanderten Ausländern findet das Gelbfieber günstige Bedingungen für seine Ausbreitung. Es kommt zu einer Epidemie, bis zum Sommer 1929 sind von 613 Erkrankten 352 verstorben.

Es erkrankten 96 Prozent Weiße (meistens Ausländer), einige Mulatten und fast überhaupt keine Neger. Frühere Epidemien hatten schon gezeigt, "daß die eingeborenen Weißen viel häufiger verschont bleiben als die zugewanderten und

daß die letztgekommenen am meisten gefährdet sind "(168), und daß bei doch betroffenen Negern die Erkrankung viel milder verläuft. Für afrikanische Neger treffen diese Aussagen allerdings nicht zu, obgleich Aragão experimentell nachweisen konnte, daß zwischen dem amerikanischen und dem afrikanischen Gelbfieber eine absolute Identität besteht, was durch David und Burke bestätigt wurde.

Während der Epidemie 1928/29 erkrankten 78 Prozent Ausländer und 22 Prozent Brasilianer. Mangels einer wirksamen Therapie beträgt die Mortalität 55 Prozent.

Der Erreger des Gelbfiebers konnte trotz eifrigster Forschungen noch nicht gefunden werden.

Der Überträger ist eine Mücke, die *Stegomyia fasciata*. Aragão fand heraus, daß nicht immer der Mückenstich das Gelbfieber überträgt, dies kann auch durch infiziertes Material, das in die intakte Haut gerieben wird oder durch die virusenthaltende Fäzes der Mücken geschehen. Ferner ist es möglich, daß infizierte männliche Tiere die Weibchen anstecken können.

Da sich die Behandlung des Gelbfiebers in absoluter Bettruhe, Traubenzuckerinfusionen zur Stützung der Leberfunktion und Gabe von Ephetonin zur Kreislaufstabilisation erschöpft, liegen in prophylaktischen Maßnahmen die aussichtsreicheren Chancen zur Bekämpfung der Krankheit.

Für solche Maßnahmen gab das Gesundheitsamt monatlich eineinhalb Millionen Mark aus.

Zur Mückenbekämpfung wurden 7000 Mann zu "mata-mosquitos", d.h. Moskitovernichtern ausgebildet. Die Ausrottung bezieht sich erstens auf die Mücken selbst und zweitens auf ihre Brutstätten.

Aufgabe der "mata-mosquitos" ist es, täglich die Häuser zu durchsuchen, "um verborgen gebliebene Herde, wie in Blumenvasen, herumliegenden Konservenbüchsen, Flaschen usw. ausfindig zu machen. Sogar Bananen- und Bambusstauden mußten umgeschlagen werden, weil sich in deren Hohlblättern und Stämmen Wasser ansammelte, in dem sich die Larve entwickelt. Die Desinfektion erfolgte durch Aufgießen von Petroleum, Kresol und anderen larventötenden Mitteln auf das Wasser. Dort, wo man keine Chemikalien verwenden konnte, wie bei Trink- oder Waschwasser in Teichen usw. setzte man kleine Fischchen aus (*Phallocerus caudimaculatus*), die gierig auf jede Larve Jagd machen. - Die Eier der Mücken sind sehr widerstandsfähig und können bei Austrocknen des Gefäßes noch nach Wochen oder sogar Monaten durch Eindringen von Wasser wieder zum Leben erweckt werden.

Die Bekämpfung des fliegenden Insektes gestaltet sich begreiflicherweise noch schwieriger und geschieht durch Verbrennen von Schwefel oder durch Ausspritzen der Häuser mit Flit, Flytox oder einer Mischung von Petroleum mit 3,5 % Tetrachlorkohlenstoff. Diese Mischung hat den Vorteil, sich nach Beendigung der Desinfektion relativ schnell zu verflüchtigen und Hausgegenstände nicht anzugreifen" (169).

2.8. BOLIVIEN

2.8.1. Auswanderung deutscher Ärzte

In Bolivien kann sich der deutsche Arzt noch eine einträgliche Praxis aufbauen.

Bevor er sich niederlassen darf, muß er seine legalisierte Approbation vorlegen, ein kurzes Examen in Theorie und Praxis ablegen und eine These bearbeiten (170).

2.8.2. Verschiedene Krankheiten

2.8.2.1. Tuberkulose

In den höhergelegenen Teilen des Landes tritt die Tuberkulose sehr selten auf, meistens ist sie in solchen Fällen aus den Tälern eingeschleppt worden, und ihr Verlauf ist dann schwer.

Dagegen gibt es einige aus Europa eingeschleppte Fälle, die in Bolivien völlig ausheilten (171).

2.8.2.2. Malaria

Die Malariagebiete erstrecken sich auf die tiefergelegenen Landesteile bis etwas über 2000 Meter Höhe (die Hauptstadt La Paz liegt 3700 Meter hoch) (171).

2.8.2.3. Typhus und Fleckfieber

Beide Erkrankungen sind häufig anzutreffen (171).

2.8.3. Verschiedenes

2.8.3.1. Sociedad Medica

Die aus politischen und finanziellen Gründen aufgelöste Sociedad Medica wurde am 14. Juli 1924 in der Aula der Universität in La Paz neu gegründet.

Die Ziele der Gesellschaft sind unter anderem die Neugründung des "Departemento de Higiene" mit beamteten Ärzten, die strenge Durchführung der Anzeigepflicht für ansteckende Krankheiten, die Aufklärung der Bevölkerung auf verschiedenen medizinischen Gebieten, der Kampf gegen das Kurpfu-

schertum, und nicht zuletzt soll die medizinische Monatschrift wieder erscheinen (172).

2.9. PARAGUAY

2.9.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Paraguay ist ein Land, das allgemeines Interesse bei Einwanderern findet, deshalb sind die Erwerbsmöglichkeiten für deutsche Ärzte von der Anzahl der deutschen Einwanderer abhängig.

Ein deutscher Arzt, der sich da niederläßt, wo schon ein einheimischer Kollege seine Praxis betreibt, muß ein Examen in spanischer Sprache ablegen. Dieses ist sehr schwer und sehr teuer.,

Die besten Aussichten haben gute Frauenärzte und tüchtige Chirurgen (173).

2.9.2. Verschiedene Krankheiten

Malaria und Typhus zählen zu den häufigsten Krankheiten, wobei Typhus oft Einwanderer befällt.

Cholera und Gelbfieber sind seit Jahren nicht mehr aufgetreten.

Die Pest fordert seit mehr als zehn Jahren jährlich viele Opfer, im Jahre 1912 trat auch die Lungenpest auf; sogar die Ratten gingen zugrunde.

Augenerkrankungen, Lepra und andere Hauterkrankungen treten nicht selten auf.

Die Tuberkulose tritt in Paraguay am seltensten von allen südamerikanischen Staaten auf (174).

2.10. URUGUAY

2.10.1. Auswanderung deutscher Ärzte

In Uruguay besteht kein Ärztemangel. Deutsche Ärzte, die dennoch einwandern und sich niederlassen wollen, müssen ein Examen ablegen, welches nicht leicht sein soll (175).

2.11. ARGENTINIEN

2.11.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Als Argentinien im Jahre 1910 seinen hundertjährigen Jahrestag als Republik und die Befreiung von spanischer Herrschaft feierte, wurde es durch Presseberichte weiten Kreisen in Deutschland bekannt und als Auswanderungsland interessant.

Zehn Jahre später ist das Interesse auswanderungswilliger deutscher Ärzte an Argentinien so groß, daß mehrere Autoren sich veranlaßt sehen, diese Kollegen über die dortigen Verhältnisse aufzuklären und vor unüberlegten Schritten zu warnen.

E. Hiller, Leiter der chirurgischen Abteilung des Deutschen Hospitals in Buenos Aires und seit neun Jahren in Argentinien ansässig, beantwortet die Frage nach einem Bedarf an deutschen Ärzten mit einem glatten Nein, denn "es gibt eine Überproduktion an argentinischen Ärzten und die vorhandenen Ärzte genügen auch zur Versorgung der hier ansässigen Deutschen" (176). Trotzdem schließt er nicht aus, daß noch einige wenige Ärzte Arbeit finden können.

Derzeit praktizieren in Buenos Aires (circa eineinhalb Millionen Einwohner) sechs deutsche Ärzte, die das argentinische Examen abgelegt haben, und mehrere Deutsch-Argentinier. In Rosario, der zweitgrößten Stadt Argentiniens (circa 200 000 Einwohner) und einer sehr kleinen deutschen Kolonie leben zwei deutsche Ärzte; einige Ärzte ohne argentinisches Diplom betreiben in ländlichen Gebieten eine Praxis.

Das Diplom umfaßt 29 Examina, es wird in spanischer Sprache abgehalten und stellt sehr hohe Anforderungen besonders an das theoretische Wissen des Kandidaten.

Die anatomischen Kenntnisse z.B. werden nach dem französischen Testut geprüft, einem vierbändigen Lehrbuch, das teilweise Dinge vermittelt, die in keinem deutschen Lehrbuch zu finden sind.

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Tatsache, daß dem Argentinier die internationale lateinische Nomenklatur fremd ist; das bedeutet, daß der Prüfling für alle lateinischen Bezeichnungen die spanischen Namen lernen muß. Natriumchlorid heißt z. B. "Cloruro de sodio" und Kalium chloricum "Clorato de potasio".

Über die Dauer der Prüfung für Ausländer schreibt Hiller: "Da nur im Jahr drei Monate geprüft wird, so geht es nicht so schnell, die 29 Prüfungen abzulegen, denn man muß dieselbe Reihenfolge einhalten wie die Studenten, kann also mit den Prüfungen des zweiten Jahres erst beginnen, nachdem man die des ersten Jahres erledigt hat. Da viele Professoren erst dann die Ausländer prüfen, wenn sie mit den Prüfungen der vielen Studenten fertig sind, da ferner stets die Anwesenheit von drei Professoren erforderlich ist, die zu vereinigen manchmal recht schwierig ist, da vielbeschäftigte Ärzte darunter sind, deren große Praxis oft hinder-

lich ist, und da, wie gesagt, auch kein inneres Interesse dafür vorhanden ist, daß ausländische Ärzte einwandern, so dauert die Ablegung des argentinischen Examens, auch für den gut vorbereiteten Arzt stets länger, im Durchschnitt ein bis drei Jahre" (177).

Die Examensgebühren betragen zur Zeit 900 Peso Papier (ein Peso Papier sind circa 20 Mark).

Der Lebensunterhalt ist in Argentinien sehr teuer. Der eingewanderte Arzt sollte deshalb eine ansehnliche Summe zum Leben für die mehrjährige Examenszeit mitbringen.

Am einfachsten wäre es für ihn, wenn er während dieser Zeit eine Assistentenstelle in einem Krankenhaus annehmen könnte, weil dann für Unterkunft, Verpflegung und ein kleines Gehalt gesorgt wäre. Es ist aber leider so gut wie unmöglich, eine solche Stelle zu bekommen. Das deutsche Hospital in Buenos Aires, von dessen 170 Betten durchschnittlich 100 bis 120 belegt sind, beschäftigt vier bis fünf Assistenten. Sie sind schon viele Jahre dort und keiner von ihnen hat das argentinische Examen abgelegt, obwohl es einige schon versucht haben.

Im deutschen Hospital in Rosario (25 Betten) gibt es keinen Assistenten, die Kranken werden von den beiden in der Stadt praktizierenden Ärzten versorgt.

Um wenigstens etwas Geld zu verdienen, ist es erlaubt, für kurze Zeit in Gegenden, in denen sich kein einheimischer Arzt niedergelassen hat, auch ohne Diplom zu praktizieren. Diese Möglichkeit sollte nur als Notlösung angesehen werden. Das Ziel für jeden deutschen Arzt sollte es sein, das argentinische Diplom zu erwerben, damit er nicht das Schicksal der Ärzte teilt, über die Hiller schreibt: "Es mag in ganz Argentinien vielleicht ein halbes Dutzend deutscher

Ärzte geben, die hier ohne Titel praktizieren. Sie führen ein trauriges Dasein. Sie leben nur an der Peripherie der Republik, in wenig bevölkerten Gegenden, wo sie eine meist anstrengende Tätigkeit haben. Sobald ein so winziges Nest sich dann etwas weiter entwickelt und die Umgebung sich daran gewöhnt hat, den Arzt zu konsultieren, so erscheint ein argentinischer Arzt, um sich ebenfalls dort niederzulassen. Es ist der argentinischen Bevölkerung nicht zu verdenken, wenn sie ihren eigenen Landsmann, dem das volle Recht zur Seite steht, gegen den unberechtigten Ausländer schützt, und diesem die Praxis untersagt. Dann muß dieser weiter, und das Spiel geht von neuem los" (178).

Hiller ist der Meinung, daß die älteren und verheirateten Kollegen den Entschluß, nach Argentinien auszuwandern "fast ausnahmslos bitter bereuen würden", während "jüngere, unverheiratete Kollegen, die leistungsfähig sind und Energie haben, ihr Glück noch machen können" (179).

F. Krause rät jedem Kollegen über 30 Jahren davon ab, nach Argentinien auszuwandern, unter anderem auch wegen des für einen Deutschen ungünstigen Klimas. Die, die dennoch auswandern, sollten über mindestens 90 000 Mark verfügen, um bis zur Eröffnung einer Praxis leben zu können (180).

Nach P. Mühlens ist aus dem Ärztemangel, der noch vor 30 Jahren bestand, inzwischen eher ein Ärzteüberfluß geworden. Ein Bedarf an ausländischen Ärzten besteht nicht, besonders nicht in den Städten, allenfalls "dürfte vielleicht noch der ein oder andere durchaus tüchtige Facharzt mit guten Beziehungen Unterkunft und eventuell gutes Fortkommen finden" (181).

Die Gebühren für das argentinische Examen gibt er mit 800 Peso Papier an (ein Peso Papier circa 18 Mark).

Die Notwendigkeit, das argentinische Diplom zu erwerben, steht auch für Mühlens außer Zweifel. Nur so kann der ausländische Arzt nicht von einem einheimischen Kollegen vertrieben werden.

Eine sichere Stellung findet der eingewanderte Arzt ohne argentinisches Diplom nur "am deutschen Hospital, in einer deutschen Kolonie oder dergleichen". Wie gering diese Möglichkeiten sind, ist von Hiller bereits erläutert worden.

In Ausnahmefällen ist es für einen deutschen Spezialisten möglich, ohne weiteres Examen im argentinischen Staatsdienst tätig zu sein.

Der niedergelassene deutsche Arzt hat es neben der zahlenmäßigen Konkurrenz durch die im allgemeinen gut bis hervorragend ausgebildeten einheimischen Kollegen oft nicht leicht, das Vertrauen der Bevölkerung zu erwerben. Die Patienten suchen lieber einheimische Ärzte auf, weil diese "in der Behandlung mancher landeseigentümlicher Krankheiten besser Bescheid wissen als zuwandernde Fremde" (182).

Diesen Mangel kann der auswanderungswillige Arzt allerdings am Hamburger Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten durch Kurse über die betreffenden Krankheiten und ihre Behandlung beheben.

Nichts ändern kann er dagegen an der Einstellung vieler Argentinier, die es für unter ihrer nationalen Würde halten, "den Ausländer über den eigenen Genossen zu stellen" (183).

Im Gegensatz zu Krause bezeichnet Mühlens das argentinische Klima "als ungemein günstig und auch in den meisten Gegenden als gesund" (184).

Im Jahre 1931 erließ das Departamento de Hygiene eine neue verschärfte Verordnung gegen die unerlaubte Praxisausübung. "Nach dieser ist es Ärzten, Zahnärzten, Radiologen, Hebammen, Pharmazeuten usw., die keinen argentinischen Titel haben, untersagt, ihre Tätigkeit auszuüben, selbst wenn das in Privatkliniken, Sanatorien und Hospitälern geschieht. Zuwiderhandlungen sollen der Staatsanwaltschaft angezeigt werden" (185).

Die strenge Durchführung dieser Verordnung bleibt nicht ohne Auswirkungen auf einheimische und ausländische Personen, die auf medizinischem Gebiet tätig sind.

Für die deutschen Ärzte z. B. bedeutet es, daß sie, auch wenn sie am deutschen Hospital tätig sind, das argentinische Examen, die sogenannte "Revalida", ablegen müssen. Das können sich dann nur noch von Haus aus finanziell gut gestellte Ärzte leisten, denn nur sie können sich die Jahre bis dahin ohne Anstellung über Wasser halten.

Für argentinische Medizinstudenten heißt das, daß sie keine Operationen (die in Europa erst Assistenzärzte vornehmen dürfen) mehr durchführen, und daß Krankenschwestern keine Injektionen mehr geben dürfen (185).

2.11.2. Das Medizinstudium

In Argentinien dauert das Medizinstudium sieben Jahre. Am Jahresende wird der Student in den drei bis fünf Fächern geprüft, die im Verlauf des Jahres gelehrt worden sind.

Der Andrang zum Studium ist so stark, "daß die medizinische Fakultät als Abwehrmaßregel ein Schutzexamen eingeführt hat" (186).

Neben dem Abschluß des Colegio Nacional, der bisher für die Zulassung zum Studium berechnigte, muß der zukünftige Student jetzt zusätzlich eine Aufnahmeprüfung bestehen, um sich immatrikulieren zu können. Auf diese Weise erreicht die Universität eine Zulassungsbeschränkung auf die Hälfte der Bewerber.

Ein Streik gegen die Einführung dieser Prüfung verlief erfolglos. Die medizinische Fakultät ist mit Lehrern und Lehrmitteln auf das Beste ausgestattet, die Kliniken und Institute sind größtenteils nach den neuesten Erkenntnissen und Erfordernissen eingerichtet.

Der Argentinier besitzt neben einer schnellen Auffassungsgabe ein sehr gutes Gedächtnis, das hat dazu geführt, daß die Studenten über ein ungeheuer großes theoretisches Wissen verfügen und daß die Examensanforderungen außerordentlich hoch sind (187).

Aufgrunddessen geben nach P. Mühlens circa 40 Prozent der Studenten das Studium vorzeitig auf (188).

Im Jahre 1925 gab es in Argentinien bei elf Millionen Einwohnern 5 800 Medizinstudenten (im Vergleich dazu hatte Nordamerika bei einer zehnmal höheren Einwohnerzahl nur 18 200 Studenten), ein Jahr später war die Studentenzahl schon auf 6 960 angestiegen.

Die medizinische Fakultät in Buenos Aires nimmt jährlich 700 Studenten auf, von denen nur circa 25 Prozent das Studium abschließen.

Trotz der überaus hohen Zahl von Studenten, die das Studium abbrechen oder umsatteln, droht ein Überfluß an Ärzten. Deshalb fordert Prof. Houssey ein weiteres Auswahlkriterium für die Zulassung zum Studium, "daß die Studenten der Medi-

zin vor ihrer Zulassung zur Universität auf ihre körperlichen, geistigen und moralischen Eigenschaften in Hinsicht auf ihre spätere Eignung zum Arzte geprüft werden und daß man eine strenge Auswahl treffen sollte" (189).

2.11.3. Das Krankenhauswesen

Die "Sociedad de Beneficencia" wurde vor mehr als einhundert Jahren von Rivadavia gegründet, sie errichtet und unterhält Krankenhäuser mit vorbildlichem Charakter.

Im Jahre 1926 standen dieser Institution über 8 Millionen Piaster, umgerechnet etwa 13,5 Millionen Mark zur Verfügung.

Neben dem Tornu-Hospital für Tuberkulosekranke ist das "Hospital de Niños", ein Kinderkrankenhaus, eine "unvergleichliche Schöpfung".

Von 700 Betten stehen 200 in Isolierabteilungen für Infektionskranke. "Die damit verbundene Poliklinik mit ihren höchst vollkommenen diagnostischen, therapeutischen und wissenschaftlichen Hilfsmitteln fertigt täglich 1000 bis 1200 Kinder ab. Da fehlt nichts! Laboratorien aller Art, Bibliothek, herrliche Röntgeninstitute für Diagnostik und Therapie, Elektrodiagnostik und -therapie, Physiotherapie, Phototherapie, chirurgische und zahnärztliche, glänzend ausgestattete Arbeitsräume, alle in weißem Marmor und weißen Porzellankacheln, mit lauter spezialistisch geschulten Ärzten und einem Jahresetat von etwa 1/2 Million Piaster (= 850 000 M.)" (190).

Die kranken Kinder erhalten sogar Schulunterricht, sodaß viele von ihnen, die als kranke Analphabeten aufgenommen wurden, bei ihrer Entlassung lesen und schreiben können.

Die geburtshilflich-gynäkologische Klinik im Hospital Rivadavia, die Maternité, ist ein Neubau in prachtvollstem Renaissancestil. 220 Frauen und 126 Kinder können hier aufgenommen werden. Die Frauen werden während der Schwangerschaft und des Wochenbetts ärztlich und sozial betreut, die Kinder bis zu eineinhalb Jahren. Der Jahresetat beläuft sich auf 750 000 Mark.

Das Rawson-Hospital ist eine neu erbaute Krankenhausanlage im Pavillonstil mit 1200 Betten.

Umber schreibt über dieses Hospital: "Hier hat mir vor allem die ausgezeichnete bis ins einzelne durchgeführte und ausgeführte Inneneinrichtung der verschiedenen darin untergebrachten Kliniken imponiert" (191).

Das Deutsche Hospital in Buenos Aires wird vom Deutschen Hospitalverein der deutschen Kolonie unterhalten und ist in der Bevölkerung sehr geschätzt. Der Jahresetat beträgt etwas mehr als eine halbe Million Piaster.

Im Jahre 1926 wurden hier 2268 Patienten behandelt, 682 davon unentgeltlich; 1137 von den 2268 Kranken waren Deutsche.

Die Behandlung ist in den meisten Krankenhäusern kostenlos. Einige Hospitäler behandeln sowohl unentgeltlich wie auch kostenpflichtig. Krankenkassen gibt es in Argentinien nicht (192).

2.11.4. Verschiedene Krankheiten

2.11.4.1. Malaria

Namentlich in Nordargentinien ist die Malaria weit verbreitet. Seit dem Jahre 1907 besteht für diese Erkrankung die

Meldepflicht und seit 1911 ist die Malariabekämpfung per Gesetz geregelt.

Nach Penna und Barbieri betrug der Malaria-Index im Jahre 1914 in den Provinzen Tucuman 72 Prozent, in Salta 20 Prozent, in Jujuy 52 Prozent und in Catamarca 22,7 Prozent.

Malaria tertiana machte zwei Drittel der Fälle aus, Malaria tropica ein Sechstel und Malaria quartana ebenfalls ein Sechstel der Fälle (193).

2.11.4.2. Tuberkulose

Nach R. Kraus sterben in Argentinien jährlich rund 10 000 Menschen an Tuberkulose. Er schätzt die Zahl der Todesfälle aber noch höher ein, weil er glaubt, daß die Diagnose oft verheimlicht wird. Die Tuberkulose ist die Krankheit, die die meisten Todesopfer fordert (194).

Mit dem Tornu-Hospital steht den Argentinern eine muster-gültige Einrichtung zur Bekämpfung der Tuberkulose zur Verfügung. Es besteht aus zahlreichen Pavillons, deren blaue Fensterscheiben im Sommer die Mücken fernhalten.

In der "Maternité", dem geburtshilflichen Pavillon, finden circa 300 tuberkulosekranke Frauen Aufnahme. Schwangere entbinden dort, und die Neugeborenen werden in gesonderten Häusern untergebracht und versorgt. Dadurch wird die Ansteckung durch die tuberkulöse Mutter verhindert (195).

2.12. CHILE

2.12.1. Auswanderung deutscher Ärzte

C. Martin, seit 30 Jahren in Chile tätig, rät deutschen Ärzten "nicht unbedingt" von einer Niederlassung in diesem Lande ab.

Das chilenische Examen, welches jeder eingewanderte Arzt ablegen muß, stellt hohe Anforderungen und dauert mindestens sechs Monate bis über ein Jahr. Deshalb sollte der Kandidat mindestens 10 000 Mark mitbringen, um solange leben zu können.

Die spanische Landessprache zu beherrschen ist für den Umgang mit den Patienten wichtig, weniger für das Examen, da die Prüfer "meist genug deutsch" sprechen.

Nach Bestehen des schweren Examins, das viele erst beim zweiten oder dritten Male schaffen, verdient der Arzt "dann aber ganz bedeutend mehr als in Deutschland, Einnahmen von M 20 000 bis 50 000 im Jahr sind dann wohl (bei persönlicher Tüchtigkeit natürlich) zu erreichen" (196).

Von der Niederlassung in Großstädten wird abgeraten, weil dort genug Ärzte praktizieren. In Städten von 5 000 bis 40 000 Einwohnern findet der deutsche Arzt dagegen aussichtsreiche Betätigungsfelder.

Angestellte Ärzte gibt es im mittleren Drittel von Chile, wo die Hälfte der Bevölkerung in staatlichen Krankenkassen versichert ist. Diese Stellen mit einer täglichen Sprechzeit von zwei bis drei Stunden oder entsprechenden Hausbesuchen werden nur mit 1 800 bis 3 600 Mark jährlich honoriert.

2.12.2. Verschiedene Krankheiten

Eingeweidewürmer, in der Hauptsache *Ankylostoma duodenale*, treten in Mittelchile sehr oft auf. Mehr als 80 Prozent der dortigen Kohlenminenarbeiter sind infiziert.

Bis auf eine Spinne, die *Lathrodectes formidabilis*, gibt es keine giftigen Tiere. Ihr Biß ruft eine starke lokale Entzündung und nach Stunden Schüttelfrost und hohes Fieber hervor. Von Todesfällen nach dem Spinnenbiß wird viel geredet, bewiesen sind sie aber nicht.

Tropenkrankheiten sind in Chile unbekannt (197).

2.12.3. Verschiedenes

2.13.3.1. Die Universität in Concepción

Die Universität in Concepción ist die jüngste Universität Chiles. Der deutsche Einfluß in der medizinischen Fakultät ist sehr groß, es arbeiten dort sieben Dozenten deutscher Herkunft.

Im Jahre 1931 wurden feierlich die neuen Gebäude in Betrieb genommen (198).

3. MEDIZINISCHES AUS AFRIKA

3.1. ÄGYPTEN

3.1.1. Auswanderung deutscher Ärzte

In Ägypten findet der auswanderungswillige Arzt die besten Bedingungen zur Niederlassung im ganzen Orient.

Die "Administration de l'Hygiène Publique" des Innenministeriums genehmigt auf Antrag die Praxisausübung.

Am leichtesten ist es, in Kairo oder Alexandrien und eventuell noch in Port Said, Fuß zu fassen, weil sich an diesen Orten noch kleine deutsche Kolonien befinden.

Fachärzte haben die besten Aussichten, eine Praxis zu gründen. Aber auch für sie ist es unerlässlich, die endemischen Krankheiten zu kennen, denn circa 80 Prozent aller Erkrankungen beruhen auf Bilharzia und Ankylostomiasis und ihren Folgen.

Der eingewanderte Arzt sollte die finanziellen Mittel besitzen, um etwa ein Jahr, solange dauert in der Regel der Praxisaufbau, leben zu können. Außerdem sollte er arabisch und der vielen Touristen wegen französisch sprechen. Daneben sind englische und italienische Sprachkenntnisse von Vorteil.

Nach dem am 7.2.1928 in Kraft getretenen Gesetz "über die Ausübung ärztlicher Praxis durch Ausländer in Ägypten" muß jeder Arzt eine Prüfung ablegen, wenn er praktizieren möchte, aber kein ägyptisches Diplom besitzt.

Die Prüfungen werden in englischer, französischer oder italienischer Sprache abgehalten.

Der deutsche Arzt muß mit dem Antrag zum Examen die beglaubigte Übersetzung des Doktordiploms, die Approbation und ein polizeiliches Führungszeugnis in französischer, englischer oder arabischer Sprache einreichen. Ist das Diplom in lateinischer Sprache ausgestellt, so entfällt die Übersetzung.

Die ägyptischen Konsulate in Berlin oder Hamburg oder das deutsche Konsulat in Kairo sind für das Beglaubigen der Papiere zuständig.

Außerdem sind dem Antrag "zwei ägyptische Stempelbogen zu je drei Piaster-Tarif (ein Piaster-Tarif = 21 Reichspfennig) beizufügen", zusätzliche Gebühren fallen nicht an (199).

Nach M. Meyerhof sind sehr wohl Examensgebühren zu zahlen, und zwar 210 Mark, "bevor die lange und schwierige Prüfung - sie entspricht dem ägyptischen Staatsexamen - vorgenommen wird" (200). Die Einschreibegebühr nach dem Examen beläuft sich auf 105 Mark.

A. M. Ghandar zufolge gibt es seit dem 13.7.1891 ein Gesetz "über die Ausübung des ärztlichen Berufes in Ägypten", das seit 1930 in geänderter Form in Kraft getreten ist.

Demnach müssen sich alle Ärzte, die ihr Diplom im Ausland erworben haben, einer Zwangsprüfung unterziehen. Diese Prüfung wurde Gesetz, weil sehr viele ausländische Ärzte mit gefälschten oder nicht ihnen gehörenden Diplomen den ärztlichen Beruf ausübten.

Die Neufassung dieses Gesetzes lautet:

§ 1. Es ist allgemein verboten, den ärztlichen Beruf auszuüben, operative und geburtshilfliche Eingriffe vorzunehmen und Arzneien zu verschreiben, außer für diplomierte Ärzte, die ihr Studium an der Ägyptischen Medizinischen

Fakultät vollendet haben und beim Gesundheitsamt eingetragen sind. In Zeiten von Epidemien hat der Minister des Innern das Recht, ausnahmsweise nach Genehmigung des Gesundheitsamts, Personen, auch ohne daß sie den oben stehenden Bedingungen genügen, ärztliche Tätigkeit ausüben zu lassen.

§ 2. Ärzte, die ihr Diplom an ausländischen Fakultäten erhalten haben, dürfen ihren Beruf erst ausüben, nachdem sie im Gesundheitsamt eingetragen sind. Diese Eintragung ist erst nach bestandenem Sonderexamen gestattet (siehe § 4). Der Examenskandidat muß ein Diplom einer der ägyptischen wenigstens gleichstehenden Medizinischen Fakultät vorlegen. Die Prüfung der Diplome geschieht durch einen Ausschuß von vier Mitgliedern, von denen einer ein Europäer sein muß. Dieser Ausschuß wird vom Innenminister nach Genehmigung des Gesundheitsamts ernannt. Der Examenskandidat muß außer seinem Diplom ein Führungszeugnis, eine Bescheinigung über regelmäßigen und erfolgreichen Besuch der Vorlesungen und praktische Übungen und seinen Heimatschein vorlegen.

Die Examensgebühren betragen 10 ägyptische Pfund, die zurückerstattet werden, falls der Kandidat aus irgendwelchem Grunde nicht ins Examen geht.

§ 3. Der Minister des Innern hat das Recht, nach Genehmigung des Gesundheitsamtes vom Examen zu befreien: 1. Professoren der in Ägypten anerkannten ausländischen Fakultäten. 2. Ärzte, die eine Assistentenstelle an einem großen ausländischen Krankenhaus mindestens fünf Jahre innegehabt haben. 3. Für ausländische diplomierte Ärzte, die einer ägyptischen Mission angehört oder unter deren Kontrolle gestanden haben. Diese Kontrollbedingungen werden vom Innenminister bestimmt.

§ 4. Das Examen wird nach Art des ägyptischen Staatsexamens durchgeführt. Der Minister des Innern ernennt nach Genehmigung der Medizinischen Fakultät eine dauernde Ärztekommision, die das Examen vornimmt. Der Kandidat hat

das Recht, eine der Sprachen zu wählen, die im Tribunal Mixed angenommen sind: Englisch, Französisch, Italienisch und ausnahmsweise Deutsch. Fällt er beim Examen durch, so hat er das Recht, es mehrmals zu wiederholen, aber nicht vor sechs Monaten.

§ 5. Der Minister des Innern hat das Recht, auf Verlangen des Gesundheitsamtes die Ausübung des ärztlichen Berufs auch ohne Erfüllung der obigen Bedingungen zu gestatten, aber nicht länger als für drei Monate. Im Gesundheitsamt werden alle Ärzte, die ihren Beruf in Ägypten ausüben, in ein Buch eingetragen. Die Gebühr beträgt fünf ägyptische Pfund (201).

Für die immer schlechter werdenden Berufsaussichten für ausländische Ärzte gibt Th. Papayoannou verschiedene Gründe an: 1. Einen "unglaublichen Überfluß an Ärzten", wobei die Zahl der einheimischen Kollegen stark zunimmt. Folgende Zahlen spiegeln diese Entwicklung deutlich wieder: in Kairo praktizieren im Jahre 1903 200 Ärzte (102 Ägypter, 98 Ausländer), 1925 wurden 543 Ärzte gezählt (450 Ägypter, 84 Ausländer), 1929 waren es 948 Ärzte (749 Ägypter, 199 Ausländer), und 1930 praktizierten 1156 Ärzte (925 Ägypter, 231 Ausländer). (Unter den 231 ausländischen Ärzten des Jahres 1930 befinden sich fünf deutsche Ärzte: ein Chirurg, ein Internist, ein Geburtshelfer, ein Augen- und ein Zahnarzt (202).)

2. "Die nationale Strömung", aufgrund derer die Praxis ausländischer Ärzte mehr und mehr gemieden wird. (Die Ägypter konsultieren ägyptische Ärzte, die Bürger ausländischer Kolonien bevorzugen in der Regel die Ärzte ihrer Nationalität (203).)

3. Die nationalen Gegensätze zwischen einheimischen und ausländischen Ärzten.

Das führt dazu, daß sich der ausländische Arzt seiner Patienten nie sicher sein kann, selbst wenn er seine Arbeit noch so erfolgreich verrichtet. Der einheimische Patient wechselt ständig den Arzt, "weil es den orientalischen Gefühlen nicht

entspricht, jemandem dauerndes und unumschränktes Vertrauen entgegenzubringen" (204).

Aus diesem Grund sind schon vereinzelt Ärzte nach zwanzig und mehr Jahren erfolgreicher Arbeit in Ägypten nun aus Mangel an Patienten in ihre Heimat zurückgegangen (205).

3.1.2. Das Medizinstudium

Im Jahre 1805, als Ägypten unter Mohamed Aly von den Türken erobert wurde, entstand in Kairo die medizinische Fakultät.

Im Jahre 1827 gestaltete der Franzose Clot Bey diese Medizinschule nach französischem Vorbild, er war ihr erster Dekan und Professor für Innere Medizin und Hygiene.

Die Studenten wohnten auf Staatskosten in der Schule, sie wurden gepflegt und eingekleidet.

Anatomische Studien wurden zu dieser Zeit an Tierkadavern durchgeführt, weil der Islam es verbot, menschliche Leichen zu sezieren.

Eine Zeit lang wurden nur Militärärzte für das neu aufgestellte ägyptische Heer ausgebildet.

Namhafte deutsche Professoren aus diesen und späteren Jahren waren Bilharz (Entdecker des Bilharzia-Erregers), Greisinger (Entdecker des Ankylostomum), Pruner (Entdecker der Pellagra) und Loos (Entdecker der Ankylostomaübertragung).

Auch die Engländer Milten, Keating, Richard und Madden beeinflussten die Entwicklung der Schule positiv.

Im Jahre 1837 übersiedelte sie von Abu Zaabul, dem heutigen Abazieh, nach "Kasr el Ainy", wo sie bis heute geblieben ist.

Im Laufe der Zeit entwickelte sich die Medizinschule "zu einer wirklichen medizinischen Fakultät, die sich kaum mehr von einer solchen in einem anderen Kulturstaat unterscheidet" (206).

Die Medizinschule in Kairo steht zu Beginn des 20. Jahrhunderts nicht mehr unter französischer Beeinflussung wie in ihren Anfangsjahren. Jetzt ist sie nach dem Vorbild englischer Universitäten ausgerichtet, Vorlesungen und Kurse werden in englischer Sprache abgehalten, und die Fachliteratur stammt von englischen Autoren.

Der deutsche Einfluß ist gleichfalls nicht zu übersehen, so "findet man erfreulicherweise deutsche Apparaturen (Röntgen, Diathermie usw.) und deutsche medizinische Fortschritte, besonders in der medikamentösen Behandlung sehr weit verbreitet" (207).

Die allgemeine Sympathie der Ägypter gegenüber Deutschland geht soweit, daß viele Universitätsprofessoren nur deutsche Medikamente verschreiben.

Nach Th. Papayoannou ist die medizinische Fakultät im Großen und ganzen nach englischem Muster gestaltet, "mit einiger Anlehnung an andere europäische Universitäten". Er betont auch, daß selbst für einheimische Universitätslehrer die Unterrichtssprache Englisch ist und unterstreicht den hohen Ausbildungsstand der Kairoer medizinischen Fakultät mit der Tatsache, "daß bereits in Frankreich und England den ägyptischen Studenten jede Semesterzahl, die sie vorher in Kairo schon zurückgelegt, bei Fortsetzung der Studien im Ausland dort voll angerechnet wird" (208).

Das Medizinstudium dauert sechs Jahre. Die Facharztausbildung erstreckt sich über drei Jahre und schließt mit einer Prüfung ab.

In Kairo sind jährlich 150 Studenten immatrikuliert, 120 bis 150 promovieren in dem gleichen Zeitraum.

Viele Ärzte, die es sich finanziell leisten können, studieren in England, Deutschland, Frankreich oder Österreich und erwerben auch dort ihr Facharzt Diplom (209).

Die meisten Ägypter sehen mit dem Abschluß ihres Studiums ihre Bildung als vollendet an.

Die Ärzte wollen in ihrem Beruf möglichst viel Geld verdienen. "Für die Forschung, Fortschritte und für die Medizin als Wissenschaft interessieren sich nur wenige".

Die Chirurgie ist das einzige Gebiet der Medizin, das ein hohes Niveau erreicht hat (210).

Von dem Neubau der medizinischen Fakultät, der nach den allerneuesten Erkenntnissen entsteht und 1,5 Millionen Pfund (nach Ghandar 5 Millionen Pfund = 100 Millionen Mark) kosten soll, ist eine weitere Verbesserung der theoretischen und klinischen Ausbildung der Medizinstudenten sowie Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft zu erwarten. Mit diesen neuen, kostspielig eingerichteten Kliniken und Instituten werden sich nach Ansicht Th. Papayoannous nur wenige europäische Universitäten messen können (211)

3.1.3. Verschiedene Krankheiten

3.1.3.1. Ankylostomiasis und Bilharziose

Die Wurmkrankheiten Ankylostomiasis (*Ankylostoma duodenale*) und Bilharziose (*Schistosomiasis*) sind die in Ägypten am weitesten verbreiteten Krankheiten, circa fünf Millionen von sechzehn Millionen Einwohnern sind daran erkrankt.

Die Ankylostomiasis entsteht durch Eindringen der Würmer durch die intakte Haut und führt zu einer schweren chronischen Anämie.

Im deutschen Krankenhaus in Assuan werden die Patienten durch Massenkuren, bei denen Erwachsene 4 g Thymol innerhalb von zwei Stunden bekommen, vor dem Kachexietod bewahrt.

Die Bilharziose wird durch Eindringen der Würmer durch die unverletzte Haut und durch Trinken von infiziertem Wasser (das Trinkwasser entstammt dem Nil) verursacht.

In Ägypten kommen nur die Erreger *Schistosoma haematobium* und *Schistosoma mansoni*, die für die Blasenbilharziose bzw. für die Darm- und Leberbilharziose verantwortlich sind, vor.

Zur Therapie stehen *Tartarus stibiatus*, *Emetin hydrochloricum* und neuerdings Fouadin, ein nach dem König Fouad benanntes Mittel zur Verfügung (212).

Das massive Vorkommen von Wurmkrankheiten hat dazu geführt, daß für Patienten mit diesen Erkrankungen Spezialkrankenhäuser errichtet wurden.

A. M. Ghandar weist darauf hin, daß die Bilharziose fast jeden Bauern befällt, und daß bei jedem Patienten der Verdacht auf diese Krankheit gehegt werden muß. Als vordringlichste Aufgabe zur Bekämpfung der Bilharziose sieht er die Säuberung des Nilwassers von den Parasiten an (213).

Nach Th. Papayoannou sind 50 bis 80 Prozent der Landbevölkerung von den genannten Wurmkrankheiten befallen.

Er berichtet auch von weiteren Maßnahmen gegen diese Volksseuchen. Es wurden in Schulen spezielle Behandlungsmöglichkeiten für diese Krankheiten geschaffen, die Zahl der sogenannten "Ambulanten Spitäler", die von Dorf zu Dorf ziehen, wurde von fünf auf dreiundsechzig erhöht. Die Pläne für ein Forschungsinstitut mit angegliedertem Spital für Bilharziose und Ankylostomiasis sind bereits fertiggestellt. Viele ausländische Gelehrte und das amerikanische Rockefeller-Institut beteiligen sich am Kampf gegen diese Erkrankungen (214).

3.1.3.2. Trachom

Die dritte große, endemisch auftretende Krankheit in Ägypten ist das Trachom.

Es "wird wohl durch die Gepflogenheit der Eingeborenen, im Winter die das Gesicht verhüllenden Tücher gegenseitig auszuleihen, auf immer neue Menschen übertragen" (215).

Für die Behandlung der Trachomkranken stehen neben öffentlichen und ambulanten Augenspitälern auch Behandlungsstellen in Schulen zur Verfügung.

Die ernstesten Bemühungen, die Trachomendemien einzudämmen, spiegeln sich in dem Ausbau der Behandlungseinrichtungen wider, die Anzahl der öffentlichen Augenspitäler stieg von sechzehn auf einunddreißig, die der ambulanten von fünf auf vierzehn und die der Behandlungsstellen in Schulen von fünfzehn auf zweiunddreißig.

Außerdem wird in Ghiza die Trachomerkrankung in einem ophthalmologischen Laboratorium intensiv erforscht (216).

3.1.3.3. Krebs

Im Kasr-el-Ainy-Hospital in Kairo wurden jährlich circa 13 000 stationäre und 122 000 ambulante Krebspatienten aus Ägypten und dem Sudan behandelt.

Die englischen Ärzte Dolbey und Mooro befaßten sich näher mit den 671 Krebsfällen der Jahre 1920 bis 1924 dieser Klinik. Sie verglichen die Krebserkrankungen der einheimischen Bevölkerung mit denen der europäischen.

Viel häufiger als bei Europäern sind bei Ägyptern bösartige Erkrankungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde, der Knochen, der Gallen- und Harnblase und der Prostata.

Die große Zahl der Hautkrebse könnte auf die starke Sonneneinwirkung zurückgeführt werden; die Karzinome und Sarkome der Harnblase kommen "wie es scheint, durch den Reiz der Bilharziaeier im alkalisch zersetzten Zystitisurin" (217) in großer Zahl vor.

Brustkrebs tritt in beiden Vergleichsgruppen gleich häufig auf, obwohl benigne Erkrankungen der Brustdrüse wie z.B. chronisch interstitielle Mastitis, die viele Ärzte für Vorläufer des Krebses halten, bei Ägypterinnen fast gar nicht vorkommen.

An Gebärmutterkrebs dagegen erkranken einheimische Frauen viel seltener als europäische, wenngleich sie durch die in der Regel frühe Eheschließung und größere Geburtenrate ein höheres Risiko für diese Erkrankung besitzen.

Magen-, Darm-, Nieren-, Lippen- und Zungenkrebs sowie Hirntumoren wurden in Ägypten kaum beobachtet. Für den Darmkrebs ist das eine erstaunliche Tatsache, sind die Risikofaktoren wie Papillome und Bilharziumtumoren doch sehr häufig vorhanden.

Die Verfasser sehen in der Ernährungsweise der Ägypter (vegetarische Diät, keine konservierten Nahrungsmittel, kein Alkohol, keine stark zuckerhaltigen Marmeladen) einen Grund für das seltene Vorkommen von Krebs im Verdauungstrakt. Gleichfalls weisen sie mit Nachdruck "auf das Fehlen aller funktionellen und organischen Nervenkrankheiten bei den Ägyptern" hin. Diese Tatsache begründet ihrer Meinung nach auch das seltene Auftreten des Krebses in den Verdauungsorganen sowie seine Verteilung überhaupt.

Einen Zusammenhang des Zungen- und Lippenkrebses mit Tabakrauchen oder Syphilis stellten Dolbey und Mooro nicht fest (218).

3.1.3.4. Tuberkulose

Für die Tuberkulosekranken, deren Zahl ständig steigt, wurden in allen größeren Spitälern Tuberkulosesonderabteilungen und zwei von Krankenhäusern unabhängige Behandlungseinrichtungen geschaffen.

Außerdem gibt es in Heluan, einem Vorort Kairo, ein neues, großes Sanatorium (219).

3.1.3.5. Lepra

Für die Behandlung der Leprösen wurden drei Leprabehandlungsstellen eingerichtet. Geleitet werden sie von Ärzten, die in "Lepraländern" eine Fachausbildung erhielten.

Geplant ist, eine Leprasiedlung mit einem Spital zu bauen (220).

3.1.3.6. Malaria

Für die Malariabekämpfung werden pro Jahr 250 000 ägyptische Pfund aufgewendet.

An Malariakranke wird schon seit langem kostenlos Chinin verteilt, eine Malariastation wurde gegründet, und es wurden 28 Quadratkilometer Sümpfe innerhalb von drei Jahren trockengelegt (221).

3.1.3.7. Pocken

Die Pockenschutzimpfung hatte eine bedeutende Abnahme der Erkrankungen zur Folge.

Im Jahre 1926 wurden 14 600 000 Personen geimpft, die Zahl der Pockenkranken betrug im gleichen Jahr 2076, 1927 erkrankten nur noch 240, 1928 nur noch 20 Personen an Pocken (222).

3.1.3.8. Pest

Die Sterblichkeit an Pest sank innerhalb von vier Jahren durch Schutzimpfungen von 50 Prozent auf 33 Prozent (223).

3.1.4. Verschiedenes

3.1.4.1. Ärztevereine

Die größte medizinische Gesellschaft, die im Jahre 1921 gegründete "Egyptian Medical Association" ist mit ihren fast ausschließlich einheimischen Mitgliedern "die Hochburg der stets wachsenden nationalen Bewegung in den einheimischen ärztlichen Kreisen" (224).

Einmal monatlich erscheint das "Egyptian Medical Journal" mit Veröffentlichungen von Vorträgen und wissenschaftlichen Arbeiten; seit neuestem werden hervorragende Arbeiten mit Preisen ausgezeichnet.

Dieser Verein pflegt eine enge Beziehung zur medizinischen Fakultät, beide laden nahezu jedes Jahr einen europäischen Gelehrten nach Ägypten ein, um Vorträge zu halten.

Die Verhandlungssprachen sind Englisch und Arabisch.

Die Mitglieder der zweitgrößten medizinischen Gesellschaft, der "Société Royale de Médecine d'Égypte" sind Ärzte aller in Ägypten vertretenen Nationen.

Zum Jahresende werden alle Vorträge des Jahres gedruckt in einem Band herausgegeben. Die Verhandlungssprache ist Französisch (225).

Außerdem gibt es seit kurzem in Kairo einen "Hygiène-Verein" (226).

In Alexandrien ist seit langer Zeit der griechische Ärzteverein "Syllogue Ptolémée I" ansässig.

Dazu kommt ein englischsprechender Verein nur für Augenärzte.

Beide Gesellschaften geben Jahresberichte heraus (227).

Die rein wissenschaftliche "Vereinigung deutschsprechender Ärzte" zählt mehr als achtzig Mitglieder und veranstaltet monatlich Referierabende (228).

3.1.4.2. Die Entwicklung der Bakteriologie (229)

Bis zu dem Zeitpunkt, da Robert Koch im Jahre 1883 in Ägypten den Choleraerreger entdeckte, war die Bakteriologie hier unbekannt.

Ein Mitarbeiter Kochs, Dr. Bitter, blieb auf Wunsch der ägyptischen Regierung im Lande und übernahm die Leitung des ersten bakteriologischen Instituts in Kairo, welches bis zum Jahre 1923 auch das einzige seiner Art war.

Dann wurden Laboratorien in Port Said und Suez errichtet, es folgten weitere in Assiut und Luxor. Im Jahre 1926 bekamen Alexandrien, Fayum (Oberägypten), Mansurah (Unterägypten) und das Infektionskrankenhaus in Kairo ein eigenes Labor.

Alle seit 1923 neu eingerichteten Laboratorien standen als "Zweigstellen" des ersten bakteriologischen Instituts in Kairo unter zentraler Leitung.

Nach Dr. Bitter, der Ägypten bei Ausbruch des Ersten Weltkriegs verließ, übernahm sein englischer Mitarbeiter Dr. Todd die Leitung aller Laboratorien. Dieser verließ im Jahre 1925 das Land, sein Nachfolger wurde zunächst für ein Jahr der Ägypter Dr. Bey. Von 1926 bis Anfang 1930 hatte der Engländer Colonel H. Marran Perry den Posten des Direktors inne, nach seinem Ausscheiden aus dem ägyptischen Dienst wurde Dr. Shusha Bey endgültig zum Leiter aller bakteriologischen Institute ernannt.

In den Laboratorien wird das von den Ärzten eingeschickte Material untersucht.

Kostenlos sind Untersuchungen auf Pest, Typhus, Cholera, Malaria u.a., Wassermannsche Untersuchungen kosten ein ägyptisches Pfund (circa 20 Mark).

Das Untersuchungsergebnis bei endemischen Krankheiten wird unverzüglich dem Gesundheitsamt mitgeteilt, damit sofort geeignete Maßnahmen zur Bekämpfung eingeleitet werden können.

Ein Ziel der ägyptischen Regierung ist es, verschiedene Vakzinen und Sera im eigenen Land herzustellen, um von der Einfuhr unabhängig zu werden.

Bei der Produktion der Pockenlymphe ist dieses Ziel schon erreicht worden, ihr Bedarf für das ganze Land wird in Eigenproduktion hergestellt. Ebenso werden in Kairo schon Vakzinen gegen Typhus abdominalis und Cholera asiatica produziert.

Die Anzahl der im Jahre 1928 vorgenommenen Untersuchungen an den verschiedenen Laboratorien gibt einen Einblick in ihre wichtige und unentbehrliche Arbeit: In Kairo wurden 46 951 Proben (40 814 im Bakteriologischen Institut, 6 137 im Labor des Infektionskrankenhauses), in Port Said 7 336, in Suez 9416 und in Alexandrien 19 404 Proben untersucht.

Ein nach den neuesten Erkenntnissen eingerichtetes Kraftwagenlabor wird überall dort eingesetzt, wo permanente Einrichtungen fehlen und viele Untersuchungen anfallen.

3.1.4.3. Methoden der Eingeborenenmedizin

Der Verzehr großer Mengen von sehr stark gewürztem Gemüse, Fleisch und Durra führt häufig zu Magenbeschwerden, dagegen "nimmt dann das Volk Rizinus, manche sogar vierteljährlich in zwei Kuren. Auch Neugeborene behandelt man mit Rizinus zu Tode" (230).

Durch Schröpfköpfe oder Brennen mit einem glühenden Nagel wurden die Stellen des Körpers verschorft, an denen ein Schmerz verspürt wurde.

Konjunktivitiden versuchte man mit Salzwasser oder Zwiebeln zu heilen.

Bei psychisch Kranken erhoffte man eine Heilung durch die sogenannte Saarschwörung, "wobei der festlich geschmückte Kranke mit einer Zauberin beim Mondschein bis zur völligen Erschöpfung tanzen muß, oder man setzt solche Kranken auch dem Rauch einer alten verschwelenden Decke aus, oder läßt sie tagelang in mohammedanischen Heiligengräbern gefesselt hungern" (231).

3.1.4.4. Mädchenbeschneidung

In einem altüberlieferten, rituellen Akt der Beschneidung entfernen sogenannte Weise Frauen den fünfjährigen Mädchen die kleinen und die großen Labien ohne jede Schmerzbetäubung.

Die Urethra wird durch Einführen eines Röhrchens offengehalten, die Beine werden zusammengebunden, damit die großflächigen Wunden aufeinander heilen.

Nach abgeschlossener Heilung bleibt eine kleine Öffnung zur Vagina bestehen. Sie wird bei den Hochzeitszeremonien mit eingefetteten Fingern und bei der Geburt mit einem breiten Einschnitt erweitert. Nach der Geburt werden der Frau die Beine abermals zusammengebunden, damit der Status quo ante wieder hergestellt wird (232).

3.2. SÜDWESTAFRIKA

3.2.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Als Deutschland noch afrikanische Kolonien besaß, war es für deutsche Ärzte nicht schwierig, sich dort niederzulassen. Mit dem Verlust der Kolonien ging aber dieses Betätigungsfeld verloren.

Unmittelbar nach dem Ersten Weltkrieg bekamen deutsche Ärzte keine Einwanderungserlaubnis für Südwestafrika. Erst im Laufe der Nachkriegszeit wurde die Einwanderung hier und da wieder möglich.

Um Fuß fassen zu können ist es für den auswanderungswilligen Arzt notwendig, gute Verbindungen in dem betreffenden Land zu haben und sehr gut ausgebildet zu sein.

Mit "Wissen, Können, Persönlichkeit und Glück" wird sich letzten Endes auch im Ausland der Erfolg im Beruf einstellen (233).

3.2.2. Verschiedenes

3.2.2.1. Die Einstellung der Eingeborenen zu Krankheit und Tod

Die Eingeborenen in Sierra Leone (Westafrika) hegen einer Narkose gegenüber großes Mißtrauen und ergeben sich nur dann in ihr Schicksal, wenn es keinen Weg gibt, sie zu umgehen. Um eine Narkose zu vermeiden, nehmen sie kleinere schmerzhaftere Eingriffe wie das Eröffnen von Abszessen und Sehnenscheideneiterungen an Händen und Fingern, das Auskratzen von Beingeschwüren und das Nähen von Verletzungen ohne Schmerzbetäubung hin.

Verwandte des Patienten stehen ihm in solchen Situationen hilfreich zur Seite. E. Ronnefeldt schreibt dazu: "Die Angehörigen, die den Kranken während des Eingriffs stützen und festhalten, sprechen im Chor kurze melodische Sätze mit sehr starkem Rhythmus, sobald sie erkannt haben, daß ich beim schmerzhaften Teil der Arbeit angelangt bin. Es erinnert sehr an den Gesang einer Rudermannschaft. Bei jedem Anstieg des Rhythmus straft sich der Körper des Kranken, was wohl eine kurz anhaltende Betäubung des Schmerzes hervorruft, die sofort nachläßt, aber bald wieder zustandekommt, wenn der Rhythmus des Chores wieder anschwillt. Das Verfahren tritt ganz besonders beim Nähen größerer Verletzungen hervor; es kommt ganz von selber dazu, daß die einzelnen Nähte zugleich mit dem jeweiligen Anstieg des Rhythmus gesetzt werden" (234).

Die Verbundenheit der Eingeborenen in der Krankheit kommt einem Sterbenden gegenüber noch stärker zum Ausdruck.

Für den Eingeborenen ist es unvorstellbar, daß ein Erwachsener unerwartet und unvorbereitet stirbt. In der Regel weiß er mit untrüglicher Sicherheit, wann seine Todesstunde bevorsteht. Familienmitglieder und Freunde von nah und fern versammeln sich an seinem Sterbebett, um "in aller Herzlichkeit" Abschied von ihm zu nehmen.

Ist der Tod eingetreten, stimmt das ganze Dorf die Totenklage an. Nach dem Ansehen des Verstorbenen richten sich die Trauerfeierlichkeiten, es gibt den eigentlichen Totenschmaus, das "kleine Opferfest" wird nach sechs Wochen, das "große Opferfest" nach vier oder fünf Monaten nach dem Tod gefeiert.

Beim plötzlichen, unvorhergesehenen Tod eines Kranken im Hospital wird weniger der Tod als solcher, sondern vielmehr das "nicht Abschied genommen haben" beklagt. Die Angehörigen

empfinden das als Schmach, habe es doch den Anschein gehabt, der Kranke sei als Ausgestoßener seiner Familie gestorben.

Das unerschütterliche Vertrauen der Eingeborenen kann ein Arzt sich erwerben, wenn er wirklich ein Leben gerettet hat, d.h., wenn der kranke Eingeborene trotz seiner Todesahnung durch die Behandlung des Arztes am Leben bleibt (235).

4. MEDIZINISCHES AUS ASIEN

4.1. PALÄSTINA

4.1.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Nach dem Ersten Weltkrieg wurde England Mandats Herr über Palästina. Deshalb muß jeder ausländische Arzt, der sich dort niederlassen möchte, im Besitz einer Lizenz der englischen Behörde sein.

Die Lizenz wird nach Vorlage des Doktordiploms erteilt, und der Niederlassung steht dann nichts mehr im Wege. Gute Aussichten bestehen aber nur für Spezialisten, "und auch dann ist Anlehnung an eines der bestehenden Hospitäler wünschenswert" (236).

4.1.2. Das Krankenhauswesen

Die Krankenhäuser in Palästina sind in drei Gruppen unterteilt: 1. Regierungshospitäler,

2. Hospitäler der jüdischen "Hadassah Medical Organisation",

3. Hospitäler verschiedener Nationen, bei denen teils religiöse, teils nationale Bestrebungen im Vordergrund stehen (237).

4.1.3. Verschiedene Krankheiten

4.1.3.1. Schilddrüsenerkrankungen

Bei der arabischen wie bei der jüdischen Bevölkerung treten Schilddrüsenerkrankungen jeder Art nur sehr selten auf. Strumen werden gelegentlich nach Typhus beobachtet. Ebenso selten erkranken Deutsche, die fast alle aus Bayern stammend schon in der dritten Generation in den deutschen Kolonien

leben. Bei neueingewanderten Deutschen bildeten sich in vielen Fällen die Strumen schon nach kurzer Zeit zurück.

Für E. Gmelin war es ein Phänomen, "daß bei den sechs operierten Fällen von Basedowscher Krankheit nicht ein einziges Mal bei der histologischen Untersuchung der Befund mit dem in Europa üblichen übereinstimmte"(238).

4.1.3.2. Magen- und Duodenalulcus

Beide Ulcusformen kommen relativ oft vor. In neunzehn operierten Fällen wurden sieben Magen- und zwölf Duodenalulcera gefunden.

Auffällig war, daß von den Arabern der Operationsstreß schlechter ertragen wurde und der postoperative Verlauf bei ihnen mehr Komplikationen zeigte, als bei Angehörigen anderer Nationalitäten (239).

4.1.3.3. Appendicitis

Bis zum Ersten Weltkrieg war die Appendicitis eine fast unbekannte Krankheit. Selbst wenn berücksichtigt wird, daß bis dahin eine Anzahl von Fällen unerkannt blieb, und die Zahl der Chirurgen nach dem Krieg zugenommen hat, "so bleibt trotzdem die Tatsache bestehen, daß diese Erkrankung in den letzten Jahren enorm zugenommen hat" (240).

Von 157 Appendixoperationen entfielen 73 auf akute und teilweise schwere Fälle von Blinddarmentzündungen, die hauptsächlich Araber betrafen.

4.1.3.4. Leber- und Gallenwegserkrankungen

Diese Erkrankungen treten oft auf, und relativ oft nach Typhus. Bei 23 Leber- und Gallenwegsoperationen zeigten sich in zwei Fällen typhöse Empyeme der Gallenblase und zwei weiteren Fällen typhöse Abszesse der Leber (241).

4.1.3.5. Nieren- und Blasensteine

Bei allen orientalischen Völkern treten Steinerkrankungen sehr oft auf.

E. Gmelin bezeichnet es als nationales Charakteristikum, "daß die jüdische Bevölkerung in Palästina ganz vorwiegend an Nierenstein erkrankt, während die arabische Bevölkerung vor allem an Blasenstein leidet."

Von 23 Blasensteinträgern, die operiert wurden, waren vierzehn Kinder und jünger als zehn Jahre. Typisch sind Blasensteine für Knaben armer mohammedanischer Familien (242).

4.1.3.6. Malaria

Vor dem Ersten Weltkrieg wurde das Deutsche Malaria-Institut gegründet und die Bekämpfung der Krankheit mit großem Erfolg von Mühlens begonnen.

Nach dem Krieg wurde diese Arbeit von der englischen Gesundheitsbehörde und jüdischen Institutionen ebenso erfolgreich fortgeführt, sodaß Malaria nur noch vereinzelt auftrat.

Im Winter 1930/31 erkrankten die Menschen wieder öfter, wobei die Schwere der einzelnen Fälle auffällig war (243).

4.1.3.7. Lepra

Von den circa dreißig bis vierzig Leprakranken des Landes sind fast dreißig im Lepraheim in Jerusalem untergebracht, in dem deutsche Schwestern arbeiten. Der Rest der Erkrankten unterzieht sich keiner Behandlung (244).

4.1.3.8. Tuberkulose

Die Anzahl der Tuberkulosekranken ist nicht bekannt. Orte, wie z. B. Nablus und Hebron, die fast nur von Mohammedanern bewohnt werden, sind fast als tuberkuloseverseucht zu bezeichnen, "und zwar sind Lungenerkrankungen nicht weniger häufig als alle Arten von chirurgischer Tuberkulose, unter denen wieder spezifische Erkrankungen des Peritoneums im Vordergrund stehen" (245).

4.1.3.9. Krebs

Bei der jüdischen Bevölkerung Palästinas werden Krebserkrankungen sehr oft beobachtet, bei der arabischen dagegen sehr selten. Von 30 000 arabischen Patienten, die in einem Zeitraum von drei Jahren im Deutschen Diakonissen-Hospital in Jerusalem behandelt wurden, hatten drei ein Mammakarzinom, einer ein Rektumkarzinom und einer ein fragliches Magenkarzinom (246).

4.1.3.10 Gynäkologische Erkrankungen

Mohammedanische Frauen kommen nicht mehr wie früher nur im äußersten Notfall zum Arzt. Am häufigsten kommen sie wegen Sterilität, deren Ursache in den meisten Fällen die Hypoplasie des Genitales ist.

Bei Frauen vom Lande treten sehr oft Beschwerden durch Retroflexio uteri auf.

Bauchhöhlenschwangerschaften, Beckenanomalien sowie Lageanomalien bei Schwangerschaften sind selten (247).

4.1.4. Verschiedenes

4.1.4.1. Das Deutsche Diakonissen-Hospital

Das Deutsche Diakonissen-Hospital in Jerusalem wurde im Jahre 1923, nachdem es seit 1917 englisches Militärhospital war, wieder an die Kaiserswerther Diakonissen zurückgegeben.

Im Jahre 1928 wurden hier Angehörige folgender 27 Nationen behandelt: "Palästinenser, Deutsche, Armenier, Transjordanier, Amerikaner, Syrer, Engländer, Russen, Abessinier, Polen, Ägypter, Griechen, Libanesen, Schweden, Norweger, Tschechoslowaken, Türken, Österreicher, Ungarn, Bulgaren, Schotten, Holländer, Schweizer, Franzosen, Galizier, Rumänen und Kopten." Die Patienten gehörten vierzehn verschiedenen Religionen an: Mohammedaner, Griechisch-Orthodoxe, Templer, Abessinier, Russisch-Orthodoxe, Baptisten, Armenisch-Gregorianische, Kopten, Adventisten und Samariter waren vertreten (248).

An diesem deutschen Hospital waren neben deutschen Ärzten drei ausländische Kollegen angestellt: ein Araber als Leiter der Inneren Abteilung und zwei Juden als Augen- bzw. Ohrenspezialisten (249).

4.1.4.2. Klima und ärztliches Handeln

Die sinkende Zahl der Poliklinikpatienten ist ein sicheres Zeichen für den Beginn des Winters in Palästina, denn "so-

bald der Regen einsetzt, lockt den Palästinenser nicht einmal die unentgeltliche ärztliche Behandlung aus seiner Behausung. Er hütet sich peinlich, eine Operation ausführen zu lassen, die nicht unbedingt dringend ist. Da sein ganzes Tun und Leben weitgehend von der Sonne beeinflusst wird, ist er überzeugt, daß eine Operation nicht gut verlaufen und eine Wunde nicht gut heilen kann, solange die Regenzeit anhält" (250).

Neben dem Regen beeinflusst der Wind die Menschen in einem erheblichen Maße. Mit den sogenannten Schirokkotagen, die mit dem gefürchteten heißen und trockenen Wind Ende April / Anfang Mai und in der zweiten Oktoberhälfte auftreten und drei bis sieben Tage dauern, erklärt E. Gmelin einige Todesfälle und die große Hinfälligkeit vieler seiner Patienten in diesen Tagen, und er schreibt: "Jeder, der im Ausland zu operieren hat, muß diese wichtigen Faktoren in Rechnung ziehen und sein ärztliches Tun mit ihnen in Einklang zu bringen versuchen" (251).

4.1.4.3. Aberglaube und Kurpfuscherei

In den einfachen Kreisen der Bevölkerung beherrscht der Glaube an gute und böse Geister oft ihr Handeln, ebenso die Furcht vor bestimmten Stunden und Tagen, Menschen und Plätzen.

Beinbrüche lassen sich viele Betroffene lieber von einem Hirten als von einem Arzt behandeln.

Scheichs genießen einen guten Ruf als Spezialisten für Nervenleiden (252).

4.2. SYRIEN UND GROSS-LIBANON

4.2.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Eine provisorische Erlaubnis zum Praktizieren bekommt der deutsche Arzt problemlos aufgrund seines Doktordiploms, beim Aufbau einer Privatpraxis sind aber zahlreiche Schwierigkeiten zu überwinden. L. Saad rät deshalb, nur dann auszuwandern, wenn eine Stelle in einem Krankenhaus oder ein fester Vertrag zu bekommen ist.

Außerdem ist es unerlässlich, die arabische und die französische Sprache zu beherrschen, die Landessitten, die moralischen und die religiösen Einstellungen mit ihren Auswirkungen auf die ärztliche Praxis zu kennen.

Eine große Konkurrenz für den niedergelassenen Arzt sind zwei Medizinschulen, die der französischen Jesuiten (Université de St. Joseph) und die der Amerikaner (American College), die in ihren Kliniken die Patienten kostenlos behandeln (253).

4.2.2. Verschiedene Krankheiten

4.2.2.1. Typhus und Paratyphus

Beide Erkrankungen gehören zu den weit verbreitetsten Krankheiten. Schutzimpfungen sind unbekannt, sie werden nur vereinzelt von Missionaren durchgeführt (254).

4.2.2.2. Fleckfieber

Obwohl die das Fleckfieber übertragenden Läuse häufig zu finden sind, kommt es sehr selten zu Erkrankungen (255).

4.2.2.3. Ruhr

Neben der Bazillenruhr ist die Amöbenruhr mit nachfolgenden Leberabszessen weit verbreitet (256).

4.2.2.4. Malaria

In Beirut tritt die Malaria sehr selten auf, in der Umgebung dagegen sehr oft (257).

4.2.2.5. Aleppobeule

Diese Erkrankung tritt in Beirut viel seltener als in Aleppo und in Bagdad auf (258).

4.2.2.6. Dengue und Papataccifieber

Beides ist sehr verbreitet, länger im Lande lebende Personen bleiben manchmal von der Erkrankung verschont (259).

4.2.2.7. Pest

Die Pest tritt gelegentlich noch in Küstenstädten in Erscheinung (260).

4.2.2.8. Scharlach

Scharlach ist fast unbekannt, wenn er auftritt, ist er nachweislich von Fremden eingeschleppt, die auch erkrankt sind (261).

4.2.2.9. Syphilis

Über die Anzahl der Syphiliskranken gibt es keine einheitlichen Angaben. In den levantinischen Hafenstädten soll es viele Kranke geben (262).

4.2.2.10. Krebs

In den Jahren von 1917 bis 1928 wurden im Amerikanischen Hospital in Beirut 31 918 Kranke aufgenommen, davon hatten 1 139 Patienten Tumoren, von diesen wiederum waren 349 Karzinome. Pro Jahr gab es in diesen Jahren zwischen zwei und fünf Prozent Tumorerkrankungen, im Durchschnitt waren es 3,5 Prozent (263).

4.2.2.11. Kropf

Der Kropf ist eine sehr seltene Erkrankung. Von 22 974 Kranken hatten 86 einen Kropf (= 0,87 Prozent) und wurden deshalb stationär aufgenommen.

Eine Umfrage bei niedergelassenen Ärzten ergab allerdings, daß kleine Kröpfe ohne nennenswerte Beschwerden häufiger vorkommen. Die Häufigkeit des Auftretens war in Bergdörfern und Küstenstädten fast gleich (264).

4.2.2.12. Echinokokkose

Die Echinokokkenkrankheit ist sehr häufig. Schafe und Kühe sind befallen, bei den Kühen sind es bis zu 41,5 Prozent (265).

4.2.2.13. Wurmkrankheiten

Die verschiedenen Wurmerkrankungen sind nicht nur weit verbreitet, es werden bei ein und demselben Kranken oft sogar Eier mehrerer Wurmart gefunden.

Der häufigste Darmparasit ist der *Trichocephalus dispar*, es folgen *Ascariden*, *Oxyuren* und *Taenia saginata*. *Taenia soleum* ist unbekannt, weil der Genuß von Schweinefleisch verboten ist (266).

4.3. PERSIEN

4.3.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Deutschen Ärzten wird ohne weiteres die Erlaubnis zur Ausübung der Praxis erteilt, wenn sie an das Kultusministerium in Teheran einen entsprechenden Antrag in französischer Sprache und mit dem Nachweis des abgeschlossenen Medizinstudiums stellen.

Von einer Niederlassung in Persien rät L. Saad aber ab, in der Hauptstadt Teheran sowie auf dem Lande sind die Aussichten hierfür nicht günstig, es sei denn, es ist eine Anstellung bei der Regierung, in der Gesandtschaft oder bei einer Firma zu bekommen.

Sprachschwierigkeiten, das fehlende Vertrauen der Perser zu den Ausländern, die ihnen wesensfremd sind, und nicht zuletzt der noch weit verbreitete Aberglaube in der Medizin stellen den eingewanderten Arzt vor große Probleme.

In Teheran ist der Lebensunterhalt außerdem viermal so teuer wie in Deutschland. Die meisten der in Teheran tätigen

ausländischen Ärzte (je ein deutscher, italienischer, französischer und mehrere russische) beziehen "mehr oder weniger große Unterstützung aus der Heimat" (267).

Auf dem Lande ist das Leben zwar billiger, aber die Verdienstmöglichkeiten werden durch die Armut der Landbevölkerung sehr geschmälert.

4.4. AFGHANISTAN

4.4.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Anfang des Jahres 1923 wird in der Münchener Medizinischen Wochenschrift berichtet, daß die afghanische Regierung vorerst zehn deutsche Ärzte für ihr Land sucht. Die Stellen in Krankenhäusern, bei Behörden, im Heer und in Privatpraxen würden bevorzugt an Chirurgen, Gynäkologen und Internisten vergeben (268).

Im Mai 1923 traten neun deutsche Ärzte bzw. Ärztinnen die Reise nach Kabul, der Hauptstadt Afghanistans, an, zwei von ihnen starben unterwegs an Ruhr bzw. Typhus.

Eine deutsche Ärztin erhielt in Kabul den Auftrag, eine Frauenklinik einzurichten, und zwei deutsche Ärzte versorgten mit einer russischen Assistentin die Patienten des dortigen Zentralkrankenhauses. Dreißig Patienten konnten stationär aufgenommen werden, in die Ambulanz kamen täglich 150 bis 200 Patienten.

Neben der Hospitalarbeit nahm die Behandlung Seiner Majestät und von Mitgliedern der Königsfamilie "bei nötigen und unnötigen Anlässen" viel Zeit in Anspruch.

Die Ausstattung des Zentralkrankenhauses war altmodisch, nach Ankunft der deutschen Ärzte wurde eine uralte Röntgenanlage installiert, und der Chirurg mußte auf sein eigenes chirurgisches Instrumentarium zurückgreifen, "weil trotz erheblichen Instrumentenbeständen gerade das allerwichtigste fehlte" (269).

F. Börnstein, einer der beiden deutschen Ärzte des Zentralkrankenhauses schilderte die Lage der Ärzte in Kabul als gut, "auch wirtschaftlich gut, so daß ich meinen Haushalt mit englischem Koch, Diener, Wagen und Pferd mit etwa 1/4 bis 1/3 meines Gesamteinkommens (Gehalt und Geschenken der 'Privatpersonen') bestreiten konnte" (270).

Später eingetroffene Ärzte aus Deutschland fanden in Kabul keine Arbeit mehr und wurden wider Willen in kleine Orte des Landes geschickt.

4.4.2. Das Medizinstudium

Die afghanischen Medizinstudenten bekommen ein Gehalt.

Die deutschen Ärzte in Kabul gründeten auch eine Medizinschule, nach drei Monaten mußte sie wieder aufgelöst werden, weil das Projekt nicht mehr zu finanzieren war (271).

4.4.3. Verschiedene Krankheiten

Zu den am meisten verbreiteten Krankheiten zählen Ankylostomiasis, Katarakte, Neurasthenie, sexuelle und andere Nervenleiden und oft bis kindskopfgroße Strumen in einer typischen Kropfgegend in Nordafghanistan. Außerdem mußten Malaria, Papatacci, Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Lues, Filarien, verschiedene Trachomformen, Osteomyelitis, Lupus, Lepra, Frambösie u. a. behandelt werden (272).

4.5. INDIEN

4.5.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Während des Ersten Weltkrieges wurden alle Deutschen aus Indien vertrieben.

Als H. Kaufmann im Mai 1924 als erster deutscher Arzt seit dieser Zeit in Bombay Vorträge hält, ist die Einwanderung von Deutschen immer noch nicht erlaubt (273).

4.5.2. Das Medizinstudium

Das indische Medizinstudium ist dem deutschen ähnlich. Im klinischen Abschnitt besteht aber viel engerer Kontakt zwischen Patienten und Studenten, weil letztere im Krankenhaus wohnen und jederzeit dort arbeiten können (274).

4.5.3. Verschiedenes

4.5.3.1. Das Jamsetjee-Jeejeebhoy-Hospital in Bombay

Das Jamsetjee-Jeejeebhoy-Hospital ist gleichzeitig Universitätsklinik, es verfügt über circa 300 Betten und ist nach europäischem Muster ausgestattet.

Die Kosten für den stationären Aufenthalt der Patienten übernimmt die Stadt.

Studenten haben die Möglichkeit, Operationen aus einem durch Glaswände vom Operationssaal getrennten Raum zu verfolgen. Chef der Röntgenabteilung ist ein in Erlangen ausgebildeter Arzt (275).

4.5.3.2. Die Stellung der deutschen Medizin

Für das ungebrochene Ansehen der deutschen Ärzte nach dem Ersten Weltkrieg führt H. Kaufmann zwei Beispiele an: "Ein Parsi (der wohlhabendere Teil der eingeborenen Bevölkerung) machte mir folgenden Vorschlag: Wenn es wieder erlaubt sei, sich wieder als Deutscher niederzulassen, wolle er mir ein Kapital von 1 000 Rupies (=1 440 Goldmark) leihen. Von seinem großen Bekanntenkreis würde ich bald einen so großen Zuspruch haben, daß ich ihm in wenigen Wochen das Geld mit Zinseszins zurückgeben könnte. - Ein praktischer Arzt, Dr. Contractor, der wie viele Ärzte zwei Praxen und eigene Dispensary (Apotheke) besitzt, schlug mir folgendes vor: Er wolle mich als Kompagnon unter dem Titel eines German assistant aufnehmen und ich solle zu meiner Zufriedenheit zu gleichen Teilen an allem beteiligt sein" (276).

4.6. CHINA

4.6.1. Auswanderung deutscher Ärzte

Mit Ausnahme von Shanghai, wo im Jahre 1927 erstmals die Registrierung der Ärzte durchgeführt wird und eine mündliche und schriftliche Prüfung vor einem Ärztekollegium oder die Vorlage der Approbation einer anerkannten fremden Universität Voraussetzung für die Niederlassung ist, kann nach wie vor "jeder in China die ärztliche Tätigkeit ungehindert ausüben" (277).

Für deutsche Ärzte bedeutet das, daß sie sich überall niederlassen können, besonders günstige Verhältnisse zur Ausübung des Berufes sind in den ehemaligen Missionen gegeben.

Der gute Ruf deutscher Ärzte in China hat dazu geführt, daß im Frühjahr 1927 deutsche Dozenten an die Sun Yat Sen-Universität in Kanton berufen wurden.

Zu bedenken ist, daß mit dieser Arbeit auch Enttäuschungen verbunden sind. Die chinesischen Universitäten sind erst im Aufbau begriffen, und es fehlt an vielem, was in der Heimat selbstverständlich ist. Nicht zuletzt ist es nicht einfach, die chinesische Mentalität zu verstehen. M. Pfister schreibt dazu aus eigener Erfahrung: "Aber es ist eine Art Pionierarbeit, die der Deutsche, wenn ihm dazu die Gelegenheit geboten wird, auf sich nehmen sollte in der Absicht, den alten guten Ruf seines Vaterlandes wieder im Ausland zu festigen. Trotz manchem Unerfreulichen wird er auch viel Interessantes und manche Befriedigung erleben" (278).

4.6.2. Das Medizinstudium

Im China der dreißiger Jahre stehen sich noch zwei grundverschiedene "medizinische Welten" gegenüber, die alte chinesische und die moderne westliche Medizin.

Die moderne westliche Medizin wurde noch zur Zeit des chinesischen Kaiserreiches u. a. von amerikanischen, englischen, deutschen und französischen Missionaren nach China gebracht. Sie bauten Krankenhäuser, denen Medizinschulen angeschlossen waren und lehrten die Medizin nach dem Vorbild der heimatlichen Universitäten.

Die ersten chinesischen Medizinschulen wurden erst gegründet, als China im Jahre 1911 Republik geworden war.

Im Jahre 1923 gibt es in China insgesamt 27 Medizinschulen. Vierzehn von ihnen sind rein chinesische Schulen - drei werden von der Zentralregierung, sieben von verschiedenen Provinzen und vier von privaten Vereinen unterhalten -, acht gehören verschiedenen Missionen, zwei werden gemeinsam von Ausländern und Chinesen finanziert und drei bilden ausschließlich Medizinstudentinnen aus.

Die Anzahl der Studenten beträgt im gleichen Jahr etwas mehr als 2 000, eingeschlossen sind circa 100 Studentinnen. An den von Ausländern geleiteten Schulen studieren ein Viertel aller Studenten.

Da die chinesischen Medizinstudenten in der Regel chinesische Mittelschulen absolviert haben, müssen sie, um z.B. am "Peking Union Medical College" studieren zu können, eine vier- bis fünfjährige Vorbildung an einem amerikanischen oder englischen College nachweisen. Das eigentliche Studium am "Peking Union Medical College" setzt sich aus "drei Jahre Vorklinik mit englischem und wahlweise deutschem oder französischem Sprachunterricht und zwei Jahre klinischem Studium" (279) zusammen. Es folgt noch ein praktisches Jahr auf verschiedenen Stationen des Hospitals, danach wird die Approbation erteilt.

Die Studenten wohnen kostenlos in einem Internat. Auf gemeinsame Freizeit wird größter Wert gelegt, z. B. verbringen sie "abwechselnd in Gruppen das Wochenende in einem schön gelegenen Tempel der nahen Westberge, wohin sie mit dem großen Lastauto des Instituts gefahren werden" (280).

Auf dem 19. Kongreß der "China Medical Association" im Februar 1929 wurde der gravierende Ärztemangel in China erörtert.

Nach M. Pfister gibt es im Jahre 1929 nur circa 2 000 Ärzte, die studiert haben, d.h., auf 200 000 Einwohner kommt ein Arzt! Dieses Verhältnis wird sich in den kommenden Jahren noch verschlechtern, weil durch innere Unruhen der letzten Jahre einige Medizinschulen und Hospitäler zeitweise oder auch ganz geschlossen und weniger Ärzte ausgebildet wurden. "Man hat daher vorgeschlagen, um die Produktion möglichst zu beschleunigen, die bisherige, zudem viel zu kostspielige fünfjährige Ausbildungszeit um zwei Jahre zu

verkürzen, und die auf solche Weise qualifizierten Ärzte durch einen besonderen Titel zu kennzeichnen" (281).

Von vielen, überwiegend ausländischen Ärzten wurde dieser Plan gutgeheißen; die meisten Chinesen lehnten es aber ab, dem ärztlichen Ansehen durch "die Züchtung einer solchen Klasse von minderwertigen Ärzten" (282) zu schaden.

4.6.3. Verschiedene Krankheiten

4.6.3.1. Lepra

Es gibt in China schätzungsweise mehr als eine halbe Million Leprakranke. Durch Therapie mit Chaulmoograester, der in großen Mengen im Rockefeller-Institut in Peking hergestellt wird, sollen 50 Prozent der Fälle geheilt werden (283).

4.6.3.2. Pocken

Im Herbst 1921 ließen sich während einer Epidemie in Shanghai 34 000 Personen impfen. Eine prophylaktische Impfung gibt es nicht, "die Zahl der pockennarbigen Gesichter in China ist daher noch auffallend groß (31 Prozent)" (284).

4.6.3.3. Tuberkulose

Die Tuberkulose ist im ganzen Land sehr weit verbreitet, was auf die ungenügende Ernährung und die mangelhaften hygienischen Verhältnisse zurückzuführen ist (285).

4.6.3.4. Syphilis

Die Syphilis ist beinahe so häufig wie die Tuberkulose. Entgegen der bisherigen Meinung, Syphilis des Zentralnerven-

systems komme dagegen sehr selten vor, zeigen neuere Untersuchungen des St. Lukas-Hospitals in Shanghai und des Peking Union College Hospitals, daß diese Annahme unzutreffend ist.

Die Aufklärung über Geschlechtskrankheiten durch Filme hat begonnen (286).

4.6.3.5. Krebs

In kaum einem anderen Land werden Tumoren eines solchen Ausmaßes beobachtet wie in China: "In einem kürzlich beobachteten Falle betrug der Leibesumfang einer Frau mit Ovarialzyste nahezu zwei Meter, das Gewicht der exstirpierten Zyste mit Inhalt 121 engl. Pfund. In einem anderen Falle von Fibroma molluscum wurden an einem Kranken 7 240 Einzel-tumoren gezählt."

Karzinome sind dagegen sehr selten (287).

4.6.3.6. Blasensteine

Bei der jugendlichen Landbevölkerung im Süden des Landes werden Blasensteine bis zu 70 Prozent gefunden. Bis zu einem Pfund schwere Steine sind schon beobachtet worden (288).

4.6.3.7. Wurmerkrankungen

a) Askariden

78 Prozent der Erwachsenen und 95 Prozent der Kinder sind von Askariden befallen (289). Von den Erwachsenen sind hauptsächlich Frauen betroffen. M. Pfister bezeichnet diese Erkrankung als "typische Haus- und Hofinfektion" (290).

b) Ankylostomiasis

Ankylostomum-Epidemien treten oft in der Zeit auf, in der die Reisfelder bepflanzt werden. Hier beträgt der Anteil der Kranken unter den Frauen 20 Prozent; durch die gewickelten Füße sind sie vor der Infektion besser geschützt als die Männer (291).

c) Schistomiasis

Diese Erkrankung ist besonders im Tal des Yangtse endemisch. Die Schnecke *Oncomelania hupensis* wird hier als Zwischenwirt angesehen und kommt in verschiedenen Arten vor. Durch Therapie mit Antimonsalzen, besonders auch Kolloidalverbindungen, die intravenös gegeben werden, werden 50 Prozent der Kranken geheilt (292).

4.6.3.8. Kala' Azar

Kala Azar tritt besonders in Nordchina auf, in einigen Dörfern sogar endemisch. 1,75 Prozent der Bevölkerung ist dort erkrankt. In mehr als 70 Prozent der Fälle sind Personen bis zu zwanzig Jahren erkrankt (293).

4.6.3.9. Kropf

Im Gebirgsland Yünnan wird das Auftreten des Kropfes auf 80 Prozent geschätzt. Während Frauen häufiger als Männer betroffen sind, sollen diese auffallend große Strumen haben (294).

4.6.3.10. Trachom

Von 80 Millionen Trachomkranken sind nach Schätzungen Dr. Howards mindestens eine Million völlig und drei bis vier

Millionen auf einem Auge blind. Weitere zwanzig Millionen Menschen sind so stark sehbehindert, "daß sie nur kläglich ihr Leben verdienen können" (295).

4.6.4. Verschiedenes

4.6.4.1. Die alte chinesische Medizin

"Nach alter chinesischer Sitte wird ein Sohn des Arztes schon früh in die Geheimnisse der alten Medizin eingeweiht; dazu kommt noch das Lesen einiger durch Generationen vererbter Bücher, und damit ist das Studium des Arztes alter Schule beendet" (296).

Die Untersuchungsmethoden des Arztes der alten Medizin sind sehr primitiv, "er verläßt sich hauptsächlich auf Auge, Ohr und Nase", er fühlt den Puls des Patienten und stellt ihm einige Fragen. Um innere Krankheiten zu behandeln, schreibt er dann ein Rezept über Heilkräuter oder Tees; Wunden werden mit einer selbsthergestellten Salbe aus Kräutern bestrichen, und Frakturen werden mit Holz- oder Bambusschienen versorgt.

Die Behandlung bei einem "alten" Arzt ist preiswerter als bei einem "modernen". Da es keine Krankenkassen gibt, trägt der Patient alle Kosten, die für chinesische Verhältnisse hoch sind: für einen Hausbesuch verlangt ein "alter" Arzt eine bis vier Mark (ein "moderner" zwei bis acht Mark; für einen Nachtbesuch das Doppelte), für eine Konsultation beim "alten" Arzt zahlt ein wohlhabender Chinese fünfzig Pfennige bis eine Mark (beim "modernen" Arzt beträgt das Honorar für eine Konsultation für alle Patienten eine bis drei Mark).

Arme Chinesen, die kein Arzthonorar zahlen können, werden in sogenannten "barmherzigen Stiftungen" kostenlos behandelt.

Wenn ein Patient von einer schweren Krankheit geheilt worden ist, beschenkt er den Arzt alter Medizin auf traditionelle Weise. "Hauptgeschenk ist meist eine Plakette aus edlem Holz, oft in Größe einer Zimmertür, auf dieser sind Sinnsprüche und Widmungen eingraviert etwa wie die folgenden: 'Ein guter Arzt ist besser als ein guter Kanzler für den Staat', oder 'Er hat das Herz eines Engels und die Hand eines Buddhas' u.a.m. Diese Plakette wird mit anderen Geschenken, etwa einem gebratenen Schwein, Früchten und Gebäck aller Art, begleitet von einer Musikkapelle, mit lautem Getöse durch die Straßen zum Hause des betreffenden Arztes getragen" (297).

Die immer noch große Bedeutung dieser Ärzte der alten chinesischen Medizin (nach Dr. Wu Pak-Liang sind es circa 90 Prozent der Bevölkerung (298)) zeigt sich unter anderem daran, daß in einer Abteilung eines großen Hospitals der englischen Kolonie Hongkong "nach chinesischer Methode alten Stils behandelt wird; jeder Kranke kann bei seinem Eintritt wählen, ob ein chinesischer Herbalist oder ein modern ausgebildeter Arzt die Behandlung übernehmen soll" (299).

4.6.4.2. Ärztevereine

Die "China Medical Association" hieß ursprünglich "Medical Missionary Association" und wurde im Jahre 1887 von Ärzten der englischen und amerikanischen Missionsgesellschaften gegründet.

Im Jahre 1929 gehören ihr circa 700 Mitglieder an, darunter sind etwa 100 Chinesen.

Die wissenschaftlichen Vorträge werden meistens in Räumen der Union Church abgehalten, am Beginn stehen die "Devotional exercises".

Die Gesellschaft gibt eine medizinische Zeitschrift heraus und hält alle zwei Jahre einen Kongreß in großen Städten wie Shanghai, Hongkong oder Peking ab.

Die "National Medical Association" ist ein rein chinesischer Ärzteverein. Sie gibt ebenfalls eine medizinische Zeitschrift heraus und "hält jährliche Kongresse mit wissenschaftlichen Vorträgen ab" (300).

Bestrebungen, die beiden Ärztesellschaften zu vereinen, sind im Jahre 1929 in vollem Gange. Eine gemeinsame Zeitschrift soll schon im nächsten Jahr erscheinen (301).

Der Zusammenschluß der China Medical Association und der National Medical Association erfolgte im Jahre 1932 unter dem Vorsitz des Chinesen Dr. W. S. New zur "Chinese Medical Association" (302).

Die "Medical Society" in Shanghai hat Ärzte aller Nationen als Mitglieder. Dieser Verein hält jeden Monat wissenschaftliche Vorträge und Demonstrationen ab. Die ärztlichen Standesregeln in der Vereinssatzung entsprechen ganz denen in Deutschland (303).

4.6.4.3. Opiummißbrauch

Im 7. Jahrhundert wird der Opiumgebrauch zu Heilzwecken erstmals in der chinesischen Literatur erwähnt.

Im 12. Jahrhundert wird in einer medizinischen Abhandlung beschrieben, daß aus Mohnkapseln eine Paste hergestellt und zu Fischen geformt wird.

Ein Jahrhundert später findet sich der Hinweis, daß diese Fische aus Mohnpaste bei Durchfall und Dysenterie verab-

reicht werden, mit der eindringlichen Warnung, im Gebrauch vorsichtig zu sein, denn diese Medizin "töte wie ein Messer".

Durch die Araber lernten die Chinesen Ende des 15. Jahrhunderts den reinen Saft aus Mohnkapseln zu gewinnen.

Im 17. Jahrhundert bringen die Spanier den Tabak nach China, und die Holländer machen das Rauchen von Tabak mit Opium publik (dieses Gemisch rauchten die Holländer vermutlich auf Formosa, um sich vor Malaria zu schützen).

Das reine Opiumrauchen ließ nicht lange auf sich warten und führte im Jahre 1729 dazu, daß der Kaiser Yung Cheng "den Verkauf von Opium und die Eröffnung von Opiumhöhlen verbot" (304).

Der Opiumhandel und -mißbrauch nahm trotzdem immer größere Ausmaße an, so daß sich Kaiser Kia King im Jahre 1800 veranlaßt sah, die Mohnanpflanzung im eigenen Land und den Opiumimport endgültig zu verbieten. Aber auch dieses Verbot verfehlte seine Wirkung.

In einem 1858 geschlossenen Zollvertrag wurde für Opium "unter stillschweigender Genehmigung der chinesischen Vertreter" eine "Zollgebühr von 30 Taels (1 Tael = ca. 2,50 M) für das Pikul (1 Pikul = ca. 120 Pfund)" (305) festgesetzt. Unter diesen "Handelsbedingungen" war der Opiumimport im Jahre 1860 auf 85 000 Kisten gestiegen.

Trotz des weiterhin bestehenden Verbotes vom Jahre 1800, Mohn anzubauen und mit Opium zu handeln, wurde durch die Inlandbesteuerung des Opiums im Chefoovertrag von 1876 der Opiumhandel legalisiert und ganz offen betrieben. Schätzungen aus dieser Zeit besagen, daß 20 bis 40 Prozent der männlichen Bevölkerung Opium rauchen.

Im Jahre 1906 tagte in Soochow die Antiopiumkommission, auf der eine durchgreifende Reform des Opiumproblems beschlossen wurde, wonach "innerhalb zehn Jahren in China alle Mohnpflanzen, jeder Handel und Mißbrauch von Opium ausgerottet sein sollen" (306).

Eine englische Kontrollkommission stellte im Jahre 1916 fest, daß kein Mohn mehr angebaut wurde und der Opiumhandel zwar noch nicht vollständig ausgerottet, aber doch erheblich eingeschränkt worden war: im Jahre 1907 wurden 2 240 000 Kilogramm Rohopium importiert, zehn Jahre später nur noch 8 300 Kilogramm.

Alte, gelagerte Opiumbestände im Wert von fünf Millionen Dollar wurden im Jahre 1918 trotz eines verlockenden Kaufangebots der Engländer öffentlich verbrannt.

Sechs Jahre später wird entgegen dem Verbot der Mohn in ganz China, besonders aber in den westlichen Provinzen, wieder angebaut.

Es ist üblich, daß jeder, der Mohn angebaut hat, zur Behörde geht, den Gesetzesverstoß bekennt und eine Geldstrafe bezahlt. Danach kann er ungehindert das Opium ernten und verkaufen. Die Behörden kontrollieren nur die Angaben über die Größe des Mohnanbaugebiets, denn danach richtet sich die Strafe; wenn jemand falsche Angaben macht, wird das ganze Feld konfisziert.

Als Gründe für diese Entwicklung nennt M. Pfister "die seit dem Weltkrieg auch in China laxer gewordene Moral, die seit Jahren herrschenden inneren Unruhen, die Machtlosigkeit der Zentralregierung in Peking und vor allem die willkürliche Herrschaft und Aussaugungspolitik von Militärgouverneuren, die sich zu selbständigen Machthabern (Tuchun) einzelner Provinzen aufgeworfen haben. Diese Tuchune zwingen sogar

unter Androhung hoher Strafen die Bevölkerung zur Anpflanzung von Mohn und erlassen genaue Vorschriften über Düngung und Bewässerung des Bodens, um die Ernte möglichst reichlich zu gestalten. Der Ertrag aus den hohen Steuern hilft den Herren am besten, sich selbst schnell zu bereichern und ihre Soldaten lohnen zu können" (307).

Ein indirekter Schaden des großflächigen Mohnanbaus liegt in den verkleinerten Anbauflächen für Nahrungsmittel, die ständig teurer werden. Das Opium dagegen sinkt im Preis. Dadurch verbreitet sich die Sucht immer stärker auch unter den Armen des Landes.

Genaue Zahlen über die Opiumproduktion in China gibt es verständlicherweise nicht. Schätzungen gehen für das Jahr 1923 von zehn bis fünfzehntausend Tonnen aus. Die einzelnen Provinzen nehmen im selben Jahr durch Opium zehn bis fünfzehn Millionen Dollar ein.

Der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch wird für diese Zeit für China mit 31 Gramm angegeben. Im Vergleich dazu konsumieren Amerikaner 2,3 Gramm und Deutsche 0,1 Gramm.

Große Hoffnungen, den Opiummißbrauch wieder in den Griff zu bekommen, setzen die Chinesen in die im November 1924 in Genf tagende Anti-Opium-Konferenz, zu der sie drei Vertreter geschickt haben. Dort laufen die Bemühungen darauf hinaus, "mit Zustimmung aller Nationen die Weltproduktion von narkotischen Mitteln auf den noch festzusetzenden Gesamtbedarf für medizinische und wissenschaftliche Zwecke zu beschränken und genaue Ein- und Ausfuhrbestimmungen für jedes Land zu treffen" (308).

4.6.4.4. Die Deutsche Medizinschule in Shanghai

In den fünfziger Jahren des 19. Jahrhunderts ließen sich deutsche Kaufleute als erste Deutsche in Shanghai nieder, ihnen folgten circa zwanzig Jahre später die ersten deutschen Ärzte. Sie schlossen sich zu einer Art Ärztevereinigung zusammen, "die es ihnen ermöglichte, den kranken Deutschen in jeder Notlage zu helfen, Operationen auszuführen, sich gegenseitig zu assistieren, wo es not tat" (309).

Auf Initiative von Dr. Paulun, einem dieser Ärzte, wurde im Jahre 1899 das Tung-Chi-Hospital (Tung-Chi bedeutet soviel wie Barmherzigkeit für alle) errichtet, es wurde die Grundlage für die Deutsche Medizinschule, einem rein deutschen Besitz, und heißt ab 1909 "Paulun-Hospital".

Im Jahre 1907 beginnen die ersten sieben Medizinstudenten hier ihr Studium. Neben der medizinischen Fakultät gibt es auch noch eine technische.

Als Folge des Abbruchs der diplomatischen Beziehungen zwischen Deutschland und China und des Kriegszustands zwischen Deutschland und Frankreich wurde die Schule im Februar 1917 von den Franzosen geschlossen und die Gebäude sowie das gesamte Unterrichtsmaterial beschlagnahmt. Nur ein Teil der Bibliothek und der anatomischen Sammlung konnte in Sicherheit gebracht werden. Schon zwei Wochen später nahm die Medizinschule in Wusung, einem Vorort von Shanghai auf rein chinesischem Boden ihre Arbeit wieder auf; allerdings war sie nominell an die Chinesen übergegangen und hieß nun "Tung chi Medical and Engineering College".

Im März mußte der Schulbetrieb aufgrund der Repatriierung der Deutschen endgültig eingestellt werden; denn trotz der Zusicherung der chinesischen Regierung, im Lande bleiben zu können, mußten die Deutschen China verlassen (310).

Die Leitung der Medizinschule lag nun in den Händen des Chinesen Dr. Yuand . Er setzte alles daran, hier eine chinesische Universität nach deutschem Vorbild und mit deutscher Unterrichtssprache zu schaffen, was nach Jahren mühevoller Arbeit auch gelang. Am 18. Mai 1924 wurde aus der ehemals Deutschen Medizinschule in Shanghai die chinesische Staatsuniversität Tung-Chi.

Dozenten sind nur Deutsche und Chinesen, Studenten nur Chinesen, der Unterricht wird bis auf einige Ausnahmen in Deutsch abgehalten. Der medizinische Doktorgrad wird nach einer besonderen Prüfung durch ein Dozentenkollegium verliehen, "wenn der betreffende Kandidat das praktische Jahr am Paulun-Hospital absolviert und vorausgehend eine wissenschaftliche Arbeit in einer deutschen wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht hat" (311).

In ihrem zwölfjährigen Bestehen von 1907 bis 1919 hat die Deutsche Medizinschule in Shanghai mehr als vierzig chinesische approbierte Ärzte ausgebildet. In den beiden letzten Jahren ihres Bestehens gab es mehr als vierzig Studenten in der Vorklinik, so daß nach 1919 durchschnittlich pro Jahr fünfzehn bis zwanzig Ärzte approbiert worden wären. Seit 1913 wurden sechzig wissenschaftliche Arbeiten über verschiedene Forschungsprojekte teilweise in Deutschland und teilweise im "China Medical Journal" veröffentlicht.

Keine andere Medizinschule in China erbrachte solche Leistungen und genoß so großes Ansehen wie die deutsche. Prof. Fischer schreibt dazu: "Es ist von keinen Geringeren als Welch und Flexner, die China herbst 1915 im Auftrag der Rockefeller-Stiftung zur Gründung von Medizinschulen bereiteten, anerkannt: sie haben unsere Schule als Muster dafür, wie wissenschaftliche Arbeit in China zu leisten sei, öffentlich bezeichnet" (312).

4.7. JAPAN

4.7.1. Verschiedenes

4.7.1.1. Die Stellung der deutschen Medizin

Dem Ansehen der deutschen medizinischen Wissenschaft und dem des deutschen Arztes konnte der Erste Weltkrieg keinen Schaden zufügen.

Über den immer noch großen deutschen Einfluß schreibt L. Michaelis im Jahre 1923: "Die ganze Medizin ist hier germanisiert; die Termini technici werden selbst vom Hilfspersonal, soweit sie sich nicht durch chinesische Neubildungen wiedergeben lassen, (Chinesisch spielt für Wortneubildungen hier die Rolle wie bei uns Latein und Griechisch), in der deutschen Form bzw. in der germanisierten lateinischen Form gebraucht. Vorbedingung für das medizinische Studium ist dreijähriges Studium der deutschen Sprache in den Gymnasien ... Das Deutsche ist ihnen die klassische Sprache der Wissenschaft" (313).

So bemühen sich insbesondere die Ärzte, Deutsch zu lernen, um sich deutsche Lehrbücher zu erarbeiten. Die bekannte Buchhandlung von Maruzen in Tokio hat einen Raum mit deutscher medizinischer Fachliteratur wie sie in jeder deutschen Fachbuchhandlung zu finden ist.

Und die Universität von Nagoya (Hauptstadt der Provinz Aichi) hat die Zeitschrift "The Aichi Journal of Experimental Medicine" neu herausgegeben, der Titel ist zwar englisch, der erste Band aber enthält ausschließlich deutsch geschriebene Artikel.

Wie weit "das Deutsche" in Japan verwurzelt ist, soll noch ein anderes Beispiel zeigen. In Nagoya leben unter circa 750 000 Einwohnern nur zehn Deutsche. Trotzdem gibt es einige Apotheken, die neben ihrem japanischen Schild noch ein deutsches angebracht haben.

4.7.1.2. Robert-Koch-Feier

In einem Brief an die Witwe Robert Kochs unterstreicht auch Prof. Kitasato aus Tokio das Ansehen der Deutschen in Japan beispielsweise mit den Worten: " Das Verhältnis japanischer Schüler zu ihren deutschen Lehrern ist von der Kriegsfackel kaum beeinflusst worden ... Der 27. Mai ist in jedem Kriegsjahre wie vor dem Krieg gefeiert und festlich begangen worden ... Die diesjährige 10. Koch-Jahresfeier wird nach Shintoistischen Brauch besonders feierlich sein ..." (314).

4.7.1.3. Frambösiebekämpfung

Prof. Hata aus Tokio hatte im Sommer 1922 anlässlich des Kongresses für Tropenmedizin in Batavia auf Java die Gelegenheit, sich über die Bekämpfung der Frambösie in dem Dorf Pandeglang zu informieren. Über diese Begebenheit schreibt er u. a. an die Witwe von Paul Ehrlich: "Da sammelten sich viele Hunderte von Leidenden und Geheilten ... Nach Besichtigung der Kranken sangen erst der Dorfschutz, dann die Schulmädchen, die schon geheilt sind, ihre Danklieder. Dieser einfache aber herzliche Empfang bewegte mich sehr tief ... dabei war meine erste Gesinnung 'wenn seine Exzellenz diese Szene persönlich sehen oder wenigstens davon hören könnte' " (315).

Die anfänglichen Schwierigkeiten in der Frambösiebekämpfung wurden in einem der Danklieder besungen. Auszugsweise heißt es im malaiischen Originaltext übersetzt:

"4. Wenn wir sahen Arzt, liefen wir weg, und wir verbargen uns, da wir fürchteten eingespritzt zu werden; wir meinten, daß die Einspritzung uns schaden könnte.

5. Durch das gütige Zureden des Regenten von Pandeglang, der den Dorfbewohnern gab Rat.

6. Ließ man sich von Raden Hamimrer (Name des Arztes) einspritzen; danach verschwanden die Krankheiterscheinungen innerhalb von vier Tagen.

7. Durch diesen Erfolg ist jedermann überzeugt von der guten Wirkung des Mittels; jeder Frambösieleidende läßt sich nicht durch andere gezwungen, sondern geht aus eigener Bewegung ins Krankenhaus."

In einem Holländischen Lied heißt es u.a.:

"Menschen, deren Antlitz mit den Frambösieknoten bedeckt war, wodurch sie täglich nur seufzen konnten, sind ohne Ausnahme durch den Gebrauch des Neosalvarsans wieder gesund geworden, so daß sie wieder arbeiten und Geld verdienen können" (316).

4.8. PHILIPPINEN

4.8.1. Verschiedenes

4.8.1.1. Die Leprakolonie auf Culion

Auf den Philippinen ist die Lepra seit alters her zuhause. Leprakranke wurden schon in dem im Jahre 1631 in Manila gegründeten San Lazaro-Hospital behandelt.

Die Errichtung einer größeren Leprakolonie auf der Insel Culion südlich von Manila im Jahre 1906 ermöglichte eine umfangreichere Leprabekämpfung.

Für Kranke und Gesunde gibt es auf der Insel völlig getrennte Lebensbereiche. Der Bereich für die Gesunden liegt fünfzehn Minuten von dem der Kranken entfernt und darf von diesen nicht betreten werden. In diesem Teil der Insel liegt auch die sogenannte "Balala-Nursery" (Balala bedeu-

tet "rein"), ein Kinderheim, in dem die in der Kolonie geborenen Kinder ab dem Alter von sechs Monaten untergebracht und versorgt werden. Vom 16.3.1927 bis zum 24.12.1927 waren es z. B. 122 Kinder (317).

Der Lebensbereich der Kranken ist eine kleine Stadt für sich. Es gibt Läden und Handwerksbetriebe aller Art, ein Theater, ein Kino und sogar einen Hahnenkampfplatz.

Familien können sich ein eigenes Haus bauen, die Unverheirateten wohnen in großen Gemeinschaftshäusern, den sogenannten "Dormitories". Um einen großen Platz mit Blumenanlagen liegen die Hauptgebäude, z. B. das Rathaus mit der Post, einer Polizeistation, einem Gerichtssaal und der Gemeinschaftsküche. "Der oberste Richter ist der jeweilige Leitende Arzt der Kolonie; der 'Gerichtshof' stellt sich aus Leprakranken zusammen, die durch das Vertrauen der anderen Kranken gewählt worden sind" (318). Die Polizisten sind ebenfalls Leprakranke.

Für die Kranken gibt es in der ganzen Kolonie verstreut kleine Häuser aus Beton mit Wasserklosetts und Duschräumen, die Wäsche wird von den Frauen in separaten Waschküchen gewaschen, es sind offene Pavillons mit Zementfußböden und großen Wasserbecken.

Für die Behandlung der Leprösen gibt es speziell erbaute Ambulanzen. Diese langgestreckten, einstöckigen Häuser sind in Räume gegliedert, die die ganze Hausbreite einnehmen und an den beiden Außenseiten durch zwei sich gegenüberliegende Türen zu betreten sind. Die Patienten benutzen die Eingänge der einen, die Ärzte und sonstiges Personal die der anderen Seite.

Die bettlägerigen Kranken sind in besonderen Häusern untergebracht, für Schwangere gibt es eine spezielle Abteilung

in der Frauenklinik. Die Mütter leben mit ihren Neugeborenen ein halbes Jahr in der Frauenklinik und versorgen ihre Kinder in dieser Zeit selbst. Nach Ablauf des halben Jahres werden die Kinder in die sogenannte Balala-Nursery gebracht. Die Eltern können ihre Kinder dort mehrmals im Monat besuchen, aber ein Kontakt mit ihnen ist ausgeschlossen, denn "doppelte Barrieren mit einem weiten Zwischenraum zwischen den beiden Parteien schützen die Kleinen vor jeder Berührung" (319).

Zeigen die Kinder im Verlauf von zwei Jahren bei regelmäßigen ärztlichen Kontrollen keine Symptome der Lepra, können sie entweder bei Verwandten oder auf Staatskosten in Welfareville, einer eigens für diese Kinder errichteten kleinen Stadt in der Nähe von Manila aufwachsen und einen Beruf erlernen.

In beiden Fällen stehen sie weiterhin unter ärztlicher Kontrolle und werden beim Auftreten erster Anzeichen der Lepra nach Culion zurückgebracht.

Aus einer Statistik des Jahres 1928 geht hervor, daß 10 bis 15 Prozent der Kinder, die von leprakranken Eltern geboren werden, an Lepra erkranken (320).

Das Leben der Kranken unterscheidet sich außer durch ihre Krankheit in nichts von dem der Gesunden. Die Leprösen betreiben Viehzucht und Fischfang, sie bauen Zuckerrohr und Gummi an, sie stellen Möbel, Kleidung, Schuhe und vieles mehr her und verkaufen die Produkte, die den Eigenbedarf übersteigen.

Alles, was die Insel verläßt, wird dreimal desinfiziert.

Auch die Herstellung des zur Therapie verwendeten Chaulmoograöls und der Öle aus den Nüssen von Taraktogenes Kurzii,

Hydnocarpus Wightiana und anthelmintica liegt in den Händen der Kranken.

An einer Krankenpflegeschule können sich Lepröse zu Helfern für Schwestern und Ärzte ausbilden lassen.

Der Schulunterricht für die Kinder ist obligatorisch.

Geheilte Kranke müssen die Insel verlassen, und es kommt nicht selten vor, daß sich Betroffene durch die Flucht in die Berge der Rückkehr in ihre Heimat zu entziehen versuchen.

In Ausnahmefällen, z.B. bei starker Entstellung des Aussehens durch Verstümmelung oder bei Unfähigkeit die Gliedmaßen zu gebrauchen, dürfen die ehemaligen Patienten bis an ihr Lebensende in den Invalidenhäusern der Insel bleiben.

Ein Problem in zweifacher Hinsicht stellen die Eheschließungen der Leprakranken dar. Im Hinblick auf eine mögliche Erkrankung der Kinder aus diesen Ehen und der Trennung der Ehepaare bei Heilung eines Partners versucht man, die Eheschließungen zu unterbinden.

Trotz dieser Bedenken heirateten auf Culion im Jahre 1926 56 Paare und im Jahre 1927 36 Paare (321).

Im Jahre 1926 wurden in der Kolonie 96 Kinder geboren (49 legitim, 47 illegitim) und im Jahre 1927 72 Kinder (41 legitim, 31 illegitim) (322).

Zur Therapie der Lepra werden auf Culion in erster Linie Chaulmoograethylester und reine Öle verwendet. Dem Chaulmoograethylester wird 0,5 Prozent Jod zugesetzt, um die Reizwirkung des Esters zu neutralisieren. Die reinen Öle finden vorwiegend Verwendung, wenn Komplikationen, wie z.B. Nephritis auftreten.

Chaulmoograethylester mit 0,5 Prozent Jod und 10 Prozent Kreosot, die sogenannte Mercadomischung aus je 60 Teilen Chaulmoograöl und Kampferöl und vier Teilen Resorcin, Triphal, Sanokrysin, Kupfer- und Arsenpräparate zeigten keine so gute Wirkung wie die erstgenannten Präparate und sind deshalb obsolet (323).

5. ZUSAMMENFASSUNG

Die Medizin als eine sich ständig in Weiterentwicklung befindliche Wissenschaft hat zu jeder Zeit durch verschiedenste Faktoren beeinflusste Aufgaben und Probleme zu lösen, Erfolge und Niederlagen zu verzeichnen.

In dieser Arbeit wurde "Medizinisches" aus dem außereuropäischen Ausland eines bestimmten Zeitabschnittes, nämlich der Jahre 1919 bis 1933 aus der Sicht von ausgewanderten deutschen Ärzten geschildert. Berücksichtigt wurden aber auch Berichte einheimischer Ärzte und Reiseberichte deutscher Ärzte über die betreffenden Länder, die an die Deutsche Medizinische Wochenschrift und die Münchener Medizinische Wochenschrift gerichtet waren.

Obwohl sich die ausgewählten Briefe und Berichte auf einen Zeitraum von vierzehn Jahren, auf zwei medizinische Zeitschriften und bestimmte Themen beschränken, finden 22 Länder in den drei Erdteilen Amerika, Afrika und Asien Beachtung.

Die einzelnen Länder sind entsprechend dem Interesse an ihnen, d.h. durch die Anzahl der deutschen Ärzte, die dort leben und arbeiten oder Reisen dorthin unternommen haben, in unterschiedlich hohem Maße erwähnt und repräsentiert und ermöglichen einen mehr oder weniger tiefen Einblick in die jeweilige medizinische Situation der genannten Länder.

Aus dem gleichen Grund war es nicht möglich, für jedes Land Auskünfte über gleiche Themen zu bekommen; trotzdem kristallisierten sich gewisse Schwerpunkte heraus, wie die Auswanderung deutscher Ärzte, das Medizinstudium, die ärztliche Fortbildung, das Krankenhauswesen, verschiedene Krankheiten und Verschiedenes.

Die weitaus meisten Aussagen bezogen sich auf die Auswanderungsmöglichkeiten deutscher Ärzte. Dieses Thema fand in

20 der 22 genannten Länder Beachtung. Abgesehen von einigen Spezialisten, die in damaliger Zeit überall willkommen waren, boten sich allen anderen Ärzten durchweg schlechte Aussichten für eine Niederlassung im Ausland - in erster Linie, weil genügend einheimische Ärzte vorhanden waren, in zweiter Linie, weil die auswanderungswilligen Ärzte oft nicht über die erforderlichen finanziellen Mittel verfügten, um sich unter Umständen Monate oder sogar Jahre ohne Verdienst in der Wahlheimat über Wasser halten zu können.

Über das Medizinstudium wurde aus sieben der 22 Länder mehr oder weniger ausführlich berichtet. Dabei zeigte sich, daß in westlichen Staaten wie z.B. Kanada, den USA und Argentinien die Zahl der Medizinstudenten nach dem Ersten Weltkrieg ständig wuchs, so daß Zulassungsbeschränkungen zum Studium in Form von Aufnahme- und Eignungsprüfungen diskutiert wurden.

Die Universität von Toronto in Kanada praktizierte schon damals einen Numerus clausus in der Form, daß sie bevorzugt Kriegsteilnehmer zum Medizinstudium zuließ.

Diskussionen über Inhalte und Gestaltung des Studiums verstummten auch in jenen Jahren nicht und erörterten vorwiegend die Frage, ob und wie das Studium eine vorteilhaftere praktische Komponente erfahren könnte.

In Ägypten und östlichen Ländern wie z.B. Indien und China war der Einfluß der Kolonialmächte beim Aufbau der Medizinschulen und somit des Medizinstudiums unbestritten.

Die Leistungen von deutschen Ärzten auf diesem Gebiet galten in China als beispielhaft.

In engem Zusammenhang mit der Ausbildung steht die ärztliche Fortbildung. Auch auf diesem Gebiet gab es namentlich in den

USA anhaltende Bemühungen um eine Ausweitung und Verbesserung.

Über das Krankenhauswesen gingen nur aus den USA und Argentinien Berichte bei der Deutschen Medizinischen Wochenschrift und der Münchener Medizinischen Wochenschrift ein.

Einen breiten Raum dagegen nehmen die Mitteilungen über verschiedene Krankheiten ein, über sie wurde aus 15 Ländern berichtet. Die sechs am häufigsten erwähnten Krankheiten sind in Reihenfolge der Häufigkeit: Malaria, Tuberkulose, Krebs, Lepra, Syphilis und Wurmerkrankungen. Die Schwierigkeiten für eine wirksame Prophylaxe lagen weltweit oft an unhygienischen Lebensverhältnissen, an mangelnder Aufklärung der Bevölkerung über die Krankheiten und nicht zuletzt an den unzureichenden finanziellen Mitteln, um hier erfolgreich arbeiten zu können.

Die Möglichkeiten der Therapie einer Krankheit wurden anhand von Schilderungen verschiedener Hospitäler, Heilstätten und Leprakolonien beschrieben.

Unter dem Punkt "Verschiedenes" wurden die unterschiedlichsten Briefe und Berichte dargelegt. Je nach Interesse der Autoren wurde z.B. über Todesursachen von Ärzten (USA), bestimmte Krankenhäuser (Deutsches Diakonissen-Hospital in Palästina, Jamsetjee-Jeejeebhoy-Hospital in Bombay), das hohe Ansehen der deutschen Ärzte und der deutschen medizinischen Wissenschaft im Ausland (Berichte über Behring-Feier in Mexiko und Robert-Koch-Feier in Japan) geschrieben.

Suchten (Prohibition in den USA, Opiummißbrauch in China), Kurfuscher und Quackbälber (s. USA und Palästina), Aberglaube und religiös bedingte Riten und Verhaltensweisen eines Volkes (z.B. in Ägypten, Südwestafrika, Palästina, China), die die Medizin und alle mit ihr befaßten Personen

von altersher mit besonderen Problemen konfrontierten, waren, wie aus den Zeitschriften zu erfahren war, über die ganze Welt verbreitet.

6. LITERATURANGABEN

MMW = Münchener Medizinische Wochenschrift

DMW = Deutsche Medizinische Wochenschrift

- 1) MMW 76 (1929) Nr. 51, S. 2152 ff.
- 2) DMW 48 (1922) Nr. 3, S. 100 ff.
- 3) MMW 77 (1930) Nr. 42, S. 1815 ff.
- 4, 5) DMW 45 (1919) Nr. 47, S. 1310
- 6, 7) DMW 45 (1919) Nr. 45, S. 1252
- 8) DMW 46 (1920) Nr. 43, S. 1203
- 9) DMW 47 (1921) Nr. 12, S. 339
- 10) DMW 50 (1924) Nr. 7, S. 214 ff.
- 11) DMW 50 (1924) Nr. 22, S. 725
- 12) DMW 51 (1925) Nr. 23, S. 958
- 13) DMW 53 (1927) Nr. 39, S. 1655
- 14) DMW 50 (1924) Nr. 8, S. 246
- 15) DMW 47 (1921) Nr. 46, S. 1402
- 16) DMW 50 (1924) Nr. 8, S. 246
- 17) MMW 74 (1927) Nr. 24, S. 1033
- 18) DMW 51 (1925) Nr. 13, S. 530
- 19, 20) DMW 51 (1925) Nr. 49, S. 2046
- 21) MMW 74 (1927) Nr. 24, S. 1033
- 22) DMW 58 (1932) Nr. 43, S. 1693 ff.
- 23, 24, 25, 26) DMW 58 (1932) Nr. 32, S. 1259
- 27) DMW 59 (1933) Nr. 26, S. 1013
- 28) DMW 50 (1924) Nr. 8, S. 246
- 29) MMW 74 (1927) Nr. 3, S. 128
- 30) DMW 57 (1931) Nr. 42, S. 1791
- 31) DMW 59 (1933) Nr. 3, S. 102
- 32) DMW 57 (1931) Nr. 27, S. 1165
- 33) MMW 74 (1927) Nr. 3, S. 128
- 34) DMW 59 (1933) Nr. 3, S. 102
- 35) DMW 59 (1933) Nr. 3, S. 101 ff.
- 36) DMW 46 (1920) Nr. 1, S. 19
- 37) DMW 47 (1921) Nr. 12, S. 339

- 38) MMW 74 (1927) Nr. 24, S. 1033
- 39) DMW 53 (1927) Nr. 39, S. 1654
- 40) DMW 58 (1932) Nr. 43, S. 1693
- 41, 42) DMW 57 (1931) Nr. 42, S. 1792
- 43) DMW 57 (1931) Nr. 42, S. 1791
- 44, 45) DMW 51 (1925) Nr. 49, S. 2046
- 46) DMW 58 (1932) Nr. 7, S. 264
- 47) DMW 53 (1927) Nr. 7, S. 285
- 48) DMW 57 (1931) Nr. 27, S. 1165
- 49) MMW 73 (1926) Nr. 15, S. 633
- 50) DMW 55 (1929) Nr. 30, S. 1271
- 51) DMW 56 (1930) Nr. 18, S. 780
- 52) DMW 57 (1931) Nr. 27, S. 1165
- 53) DMW 57 (1931) Nr. 32, S. 1381
- 54) DMW 48 (1922) Nr. 3, S. 100
- 55, 56) DMW 50 (1924) Nr. 13, S. 413
- 57, 58) DMW 50 (1924) Nr. 26, S. 888
- 59) MMW 73 (1926) Nr. 33, S. 1381
- 60) DMW 55 (1929) Nr. 30, S. 1271
- 61) DMW 48 (1922) Nr. 3, S. 100
- 62) DMW 46 (1920) Nr. 43, S. 1203
- 63) DMW 49 (1923) Nr. 19, S. 621
- 64) DMW 49 (1923) Nr. 41, S. 1309
- 65) DMW 50 (1924) Nr. 8, S. 248
- 66, 67, 68, 69) DMW 56 (1930) Nr. 50, S. 2146
- 70, 71) DMW 49 (1923) Nr. 4, S. 126
- 72, 73) DMW 52 (1926) Nr. 48, S. 2043
- 74, 75) DMW 53 (1927) Nr. 39, S. 1655
- 76) DMW 58 (1932) Nr. 20, S. 786
- 77) DMW 48 (1922) Nr. 28, S. 951
- 78, 79) DMW 48 (1922) Nr. 35, S. 1179
- 80) DMW 51 (1925) Nr. 23, S. 958
- 81) DMW 51 (1925) Nr. 49, S. 2047
- 82) DMW 51 (1925) Nr. 45, S. 1179
- 83) DMW 51 (1925) Nr. 23, S. 958
- 84) DMW 49 (1923) Nr. 19, S. 621
- 85, 86) DMW 53 (1927) Nr. 7, S. 286

- 87) MMW 77 (1930) Nr. 22, S. 958
- 88, 89) DMW 56 (1930) Nr. 22, S. 925
- 90) DMW 47 (1921) Nr. 12, S. 339
- 91, 92, 93) DMW 56 (1930) Nr. 22, S. 924 ff.
- 94) DMW 59 (1933) Nr. 26, S. 1013
- 95) DMW 57 (1931) Nr. 32, S. 1381
- 96) DMW 48 (1922) Nr. 12, S. 397
- 97) DMW 49 (1923) Nr. 4, S. 125
- 98) DMW 49 (1923) Nr. 19, S. 621
- 99, 100) DMW 52 (1926) Nr. 31, S. 1309 ff.
- 101) DMW 53 (1927) Nr. 26, S. 1102
- 102) MMW 74 (1927) Nr. 24, S. 1033
- 103) DMW 53 (1927) Nr. 39, S. 1656
- 104) DMW 57 (1931) Nr. 14, S. 589
- 105) DMW 50 (1924) Nr. 23, S. 769
- 106, 107) DMW 51 (1925) Nr. 12, S. 487
- 108, 109) DMW 58 (1932) Nr. 43, S. 1694
- 110) DMW 58 (1932) Nr. 47, S. 1851
- 111) DMW 51 (1925) Nr. 23, S. 958
- 112) DMW 53 (1927) Nr. 39, S. 1627
- 113) DMW 53 (1927) Nr. 26, S. 1101 ff.
- 114) DMW 46 (1920) Nr. 43, S. 1203
- 115) DMW 48 (1922) Nr. 12, S. 396
- 116) DMW 48 (1922) Nr. 13, S. 423
- 117) DMW 48 (1922) Nr. 19, S. 639
- 118) DMW 48 (1922) Nr. 12, S. 396
- 119) DMW 48 (1922) Nr. 13, S. 423
- 120) MMW 74 (1927) Nr. 3, S. 128
- 121) DMW 50 (1924) Nr. 23, S. 769
- 122) DMW 48 (1922) Nr. 12, S. 396
- 123) DMW 49 (1923) Nr. 19, S. 621
- 124) DMW 50 (1924) Nr. 23, S. 769
- 125) MMW 74 (1927) Nr. 3, S. 128
- 126, 127) DMW 50 (1924) Nr. 23, S. 769
- 128) DMW 48 (1922) Nr. 3, S. 100
- 129) DMW 54 (1928) Nr. 18, S. 800

- 130) DMW 53 (1927) Nr. 39, S. 1655
131, 132, 133) DMW 54 (1928) Nr. 18, S. 800
134) DMW 54 (1928) Nr. 12, S. 488
135) MMW 77 (1930) Nr. 23, S. 1006
136) DMW 46 (1920) Nr. 17, S. 468
137, 138) MMW 70 (1923) Nr. 26, S. 846
139) DMW 48 (1922) Nr. 10, S. 331
140) DMW 58 (1932) Nr. 26, S. 1022
141, 142, 143) DMW 48 (1922) Nr. 10, S. 331
144) DMW 58 (1932) Nr. 26, S. 1020
145) MMW 74 (1927) Nr. 18, S. 790
146) DMW 46 (1920) Nr. 13, S. 358
147) DMW 55 (1929) Nr. 26, S. 1101
148, 149, 150) DMW 46 (1920) Nr. 13, S. 358
151, 152, 153, 154, 155, 156, 157) DMW 46 (1920) Nr. 17, S. 468
158) MMW 73 (1926) Nr. 32, S. 1336
159) DMW 52 (1926) Nr. 45, S. 1914 ff.
160) DMW 55 (1929) Nr. 8, S. 321
161) DMW 46 (1920) Nr. 17, S. 468
162) DMW 52 (1926) Nr. 45, S. 1914 ff.
163) DMW 54 (1928) Nr. 40, S. 1686
164) DMW 55 (1929) Nr. 8, S. 321
165) DMW 57 (1931) Nr. 20, S. 861
166) DMW 55 (1929) Nr. 8, S. 320
167) DMW 57 (1931) Nr. 20, S. 861
168) DMW 57 (1931) Nr. 20, S. 860
169) DMW 57 (1931) Nr. 20, S. 860
170) DMW 46 (1920) Nr. 13, S. 358
171, 172) DMW 50 (1924) Nr. 46, S. 1590 ff.
173, 174, 175) DMW 46 (1920) Nr. 13, S. 358
176, 177, 178, 179) MMW 67 (1920) Nr. 13, S. 384 ff.
180) DMW 47 (1921) Nr. 6, S. 169
181, 182, 183, 184) MMW 67 (1920) Nr. 13, S. 386
185) DMW 57 (1931) Nr. 33, S. 1426
186, 187) MMW 67 (1920) Nr. 13, S. 385
188) DMW 46 (1920) Nr. 8, S. 213

- 189) DMW 53 (1927) Nr. 26, S. 1103
190, 191, 192) DMW 52 (1926) Nr. 44, S. 1887 ff.
193, 194) DMW 46 (1920) Nr. 8, S. 214
195) DMW 52 (1926) Nr. 44, S. 1867
196, 197, 198) DMW 57 (1931) Nr. 28, S. 1210 ff.
199) DMW 55 (1929) Nr. 6, S. 237
200) DMW 55 (1929) Nr. 13, S. 537
201) DMW 59 (1933) Nr. 22, S. 858
202) MMW 77 (1930) Nr. 19, S. 822
203) DMW 55 (1929) Nr. 6, S. 237
204, 205) MMW 78 (1931) Nr. 14, S. 592
206) MMW 78 (1931) Nr. 14, S. 591
207) DMW 57 (1931) Nr. 5, S. 201 ff.
208, 209) MMW 78 (1931) Nr. 14, S. 591
210) DMW 57 (1931) Nr. 5, S. 201 ff.
211) MMW 78 (1931) Nr. 14, S. 591
212) MMW 77 (1930) Nr. 19, S. 822
213) DMW 57 (1931) Nr. 5, S. 201 ff.
214) MMW 78 (1931) Nr. 14, S. 591
215) MMW 77 (1930) Nr. 19, S. 822
216) MMW 78 (1931) Nr. 14, S. 591
217, 218) DMW 50 (1924) Nr. 26, S. 888 ff.
219, 220, 221, 222, 223, 224, 225) MMW 78 (1931) Nr. 14, S. 591
226) DMW 55 (1929) Nr. 6, S. 237
227) DMW 55 (1929) Nr. 13, S. 537
228) MMW 78 (1931) Nr. 14, S. 591
229) DMW 57 (1931) Nr. 40, S. 1716 ff.
230, 231, 232) MMW 77 (1930) Nr. 19, S. 822
233) DMW 59 (1933) Nr. 23, S. 896
234, 235) DMW 57 (1931) Nr. 49, S. 2080
236) DMW 57 (1931) Nr. 3, S. 112
237) DMW 57 (1931) Nr. 4, S. 158
238, 239) DMW 57 (1931) Nr. 3, S. 112
240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247) DMW 57 (1931) Nr. 4, S. 158
248) DMW 57 (1931) Nr. 3, S. 111
249) DMW 57 (1931) Nr. 4, S. 160

- 250, 251) DMW 57 (1931) Nr. 3, S. 112
252) DMW 57 (1931) Nr. 4, S. 160
253) DMW 55 (1929) Nr. 14, S. 582
254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266)
MMW 77 (1930) Nr. 6, S. 253 ff.
267) DMW 55 (1929) Nr. 22, S. 923
268) MMW 70 (1923) Nr. 6, S. 196
269, 270, 271, 272) MMW 71 (1924) Nr. 32, S. 1111 ff.
273, 274, 275, 276) DMW 50 (1924) Nr. 27, S. 925 ff.
277, 278) DMW 54 (1928) Nr. 1, S. 30
279, 280) MMW 70 (1923) Nr. 39, S. 1240
281, 282) MMW 76 (1929) Nr. 22, S. 940
283, 284, 285, 286, 287, 288) MMW 69 (1922) Nr. 47, 1645 ff.
289) MMW 69 (1922) Nr. 47, S. 1646
290, 291, 292, 293) MMW 71 (1924) Nr. 26, S. 884
294, 295) MMW 79 (1932) Nr. 29, S. 1161
296, 297) MMW 76 (1929) Nr. 22, S. 940
298) DMW 59 (1933) Nr. 12, S. 457
299) MMW 76 (1929) Nr. 22, S. 940
300) MMW 69 (1922) Nr. 47, S. 1646
301) MMW 76 (1929) Nr. 22, S. 940
302) MMW 79 (1932) Nr. 29, S. 1162
303) MMW 69 (1922) Nr. 47, S. 1646
304, 305, 306, 307, 308) MMW 71 (1924) Nr. 47, S. 1664 ff.
309) DMW 53 (1927) Nr. 4, S. 160
310) DMW 45 (1919) Nr. 51, S. 1421 ff.
311) DMW 53 (1927) Nr. 4, S. 161
312) DMW 45 (1919) Nr. 51, S. 1422
313) DMW 49 (1923) Nr. 37/38, S. 1217
314) DMW 46 (1920) Nr. 29, S. 809 ff.
315, 316) DMW 48 (1922) Nr. 18, S. 601
317) DMW 57 (1931) Nr. 17, S. 724 ff.
318) DMW 57 (1931) Nr. 16, S. 686
319) DMW 57 (1931) Nr. 17, S. 724 ff.
320) DMW 57 (1931) Nr. 17, S. 725
321) DMW 57 (1931) Nr. 16, S. 687

322) DMW 57 (1931) Nr. 16, S. 686

323) DMW 57 (1931) Nr. 17, S. 726

7. LEBENSLAUF

Persönliche Daten: Helga Schuh

Geboren am 23.12.1942 in Aachen als Tochter des Oberamtmanns
Josef Schuh und seiner Ehefrau Maria, geb. Scheben

Allgemeine Schulbildung:

1949-1953 Grundschule in Stade
1953-1960 Mittelschule in Stade
1960-1961 Haushaltungsschule in Stade
1961-1962 Aufbauklasse der Haushaltungsschule in Hamburg

Fachliche Ausbildung:

1962-1964 Fachschule für Kindergärtnerinnen in Bremerhaven

Berufliche Tätigkeiten:

1964-1965 bei Baron von Loe in Budberg
April 1965 - Juli 1965 Kinderdauerheim in Reinbek
August 1965 - April 1966 Kindertagesstätte der "Vereinigung" in
Hamburg
Juni 1966 - September 1967 Kindertagesstätte des Jugendamtes in
Bremen
Oktober 1967 - Dezember 1973 Kinderstube der Fa. Hertie in Landshut

Studien:

1973-1976 Studium der Sozialpädagogik an der Fachhochschule für
Sozialpädagogik und Sozialökonomie in Bremen
1977-1985 Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-
Universität in München
1980 Ärztliche Vorprüfung
1982 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1984 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1985 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Praktisches Jahr:

1. Tertial: Chirurgie (Städt. Lehrkrankenhaus München-Neuperlach)
2. Tertial: Gynäkologie/Geburtshilfe (I. Frauenklinik der Universität München)
3. Tertial: Innere Medizin (Klinikum Großhadern, Med. Klinik I)

